

**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**ENTRE O SABER E O FAZER:  
DILEMAS DE UMA INTERVENÇÃO DE RUA**

**Cristina Alexandra Barros Casimiro**

Outubro de 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Marta  
Sofia de Sousa Pinto*** (FPCEUP).

## AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

Gostaria de começar por agradecer a todos aqueles que contribuíram para que conseguisse alcançar este capítulo do meu percurso académico e assim possibilitaram a concretização de um objetivo não só académico como também pessoal.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Marta Pinto, pela sua capacidade de esclarecimento, orientação crítica e por todas as recomendações e sugestões efetuadas ao longo do processo de trabalho, sempre acompanhadas por uma enorme capacidade de compreensão nos momentos de maior dificuldade.

À minha família, mas em particular aos meus pais, quero agradecer por todo o apoio que me deram e pela forma como sempre me encorajaram a lutar pelos meus objetivos, motivando-me e contribuindo ativamente para que estes fossem alcançáveis. Ao Ruca e à Pipoca, pela companhia nas longas noites de estudo e trabalhos, mesmo quando pareço estar demasiado ocupada e não vos retribuo a atenção que de mim merecem, o amor e carinho que têm comigo está sempre presente.

À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, por ter sido a minha segunda casa nestes últimos cinco anos, e que me possibilitou não só adquirir competências académicas na área da Psicologia, contribuindo para isso o saber dos ótimos professores com quem tive o prazer de aprender e me formar, mas também um enriquecimento pessoal pelas pessoas maravilhosas que conheci, amigos que vou levar para a vida e que marcaram esta experiência de forma muito positiva, recheando-a de bons momentos que jamais esquecerei. Em particular, aqueles que são a família que eu escolhi, que me apoiaram, divertiram, aturaram, que contribuíram ativamente com as suas teorias, opiniões, conselhos e sugestões, e com quem partilhei histórias, vivências, experiências e momentos para mais tarde recordar. À Mara, à Patrícia, à Liliana, à Mariana, à Alexandra, à Diana, à Joana e ao Joel, por serem os melhores do mundo e por independentemente da distância estarem sempre presentes.

Por último, a todos os técnicos e utentes entrevistados, sem os quais esta investigação jamais teria sido exequível, agradeço pela disponibilidade, participação e colaboração e por tão amavelmente terem contribuído ativamente para a sua realização.

## **Resumo**

A redução de riscos associada ao uso de drogas afigura-se como uma política de intervenção nos comportamentos aditivos que procura reduzir os riscos do consumo de substâncias psicoativas para a saúde do indivíduo e da comunidade, enfatizando o respeito pela escolha e pelos direitos das pessoas que usam drogas. Neste sentido, relacionar as diferentes práticas de intervenção neste contexto com os princípios filosóficos da redução de riscos e conhecer as perceções dos diferentes intervenientes do processo acerca das mesmas foi o objetivo basilar da presente dissertação. Este estudo pretende assim contribuir para colmatar a falta de investigação referente às perceções de profissionais e utentes de equipas de redução de riscos acerca deste tema, podendo assim abrir caminho para que novas investigações sejam desenvolvidas acerca desta temática ou de outras consideradas relevantes.

Utilizou-se uma metodologia de investigação qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas e outros materiais construídos especificamente para o efeito. Desta forma, foram realizadas catorze entrevistas, em sete projetos situados nos distritos do Porto, Braga e Aveiro, sendo que, dos entrevistados, sete eram técnicos das equipas de rua e os restantes sete eram utentes das mesmas.

Relativamente aos principais resultados obtidos, conclui-se que os utentes não só associam os profissionais à sua formação de base, como conhecem os serviços disponibilizados pela equipa, requerendo os mesmos de forma diversificada. Estes já ouviram a expressão “redução de riscos e minimização de danos” e, à semelhança dos profissionais, associam-na a educação para a saúde, disponibilização de material, redução dos danos físicos existentes, não imposição da abstinência e adesão aos serviços mais formais da comunidade. Quanto aos técnicos, constatou-se que o seu ingresso na redução de riscos foi premeditado e realizado por opção pessoal, encontrando-se satisfeitos com as funções desempenhadas. Por fim, os dois grupos manifestam perceções diferentes relativamente a determinadas práticas de redução de riscos, sendo os utentes, no geral, mais conservadores na sua visão acerca destas estratégias de intervenção.

**Palavras-Chave:** Drogas; Redução de Riscos; Minimização de Danos; Equipas de Rua; Intervenção de proximidade.

## **Abstract**

The reduction of risks associated with drug use presents itself as a political intervention in addictive behaviors that aims to reduce the risks of substance use for the health of the individual and the community, emphasizing respect for the choice and the rights of people who use drugs. In this sense, the fundamental goal of this dissertation was to relate the different intervention practices in this context with the philosophical principles of harm reduction and to know the perceptions of the different actors of the process concerning these practices. This research intends to contribute to address the lack of research related to the perceptions of professionals and users of harm reduction projects on this subject and pave the way for further studies on this issue or other relevant issues.

A qualitative research methodology was used, using semi-structured interviews and other materials specially constructed for this purpose. Thus, fourteen interviews were conducted in seven projects located in the districts of Porto, Braga and Aveiro. Seven interviewers were professionals of harm reduction and the remaining seven were users of those teams.

Regarding the main results, it is concluded that users not only associate professionals to their basic training but also know the services provided by the team, requiring them in a diversified manner. These have heard the expression "harm reduction" and, like the professionals, associated it to health education, provision of material, reduction of existing physical damage, non-imposition of abstinence and adherence to the community formal services. It was found that, as for technicians, their entry into the harm reduction was premeditated and carried out by personal choice, finding satisfaction with the duties performed. Finally, the two groups reveal different perceptions regarding certain harm reduction practices, and in general, users are stricter in their views about these intervention strategies.

**Keywords:** Drugs; Harm Reduction; Risk Minimization; Outreach work; Outreach Intervention.

## Résumé

La réduction des risques associée à la consommation de drogues se présente comme une politique d'intervention dans les comportements additifs qui cherche à réduire les risques de la consommation de substances psychoactives pour la santé de l'individu et la communauté, en insistant sur le respect du choix et les droits des personnes qui utilisent des drogues. En ce sens, mettre en relation les différentes pratiques d'intervention dans ce contexte avec les principes philosophiques de réduction de risques et connaître les perceptions des différents acteurs du processus concernant ces pratiques était l'objectif fondamental de cette thèse. Cette étude vise à contribuer à remédier au manque de recherche au sujet des perceptions des professionnels et des utilisateurs des équipes de réduction de risques et peut ainsi ouvrir la voie pour que de nouvelles recherches soient développées sur ce thème ou sur d'autres considérés comme pertinents.

Nous avons utilisé une méthodologie de recherche qualitative, au moyen d'interviews semi-structurées et d'autres outils spécialement construits à cet effet. Ainsi, quatorze interviews ont été réalisées dans sept projets situés dans les districts de Porto, Braga et Aveiro et parmi les personnes interrogées, sept étaient des techniciens des équipes de rues et les sept autres étaient des utilisateurs de ces équipes.

Par rapport aux résultats obtenus, nous arrivons à la conclusion que les utilisateurs associent, non seulement, les professionnels à leur formation de base, mais connaissent aussi les services mis à disposition par l'équipe en exigeant les mêmes de manière diversifiée. Ces utilisateurs ont déjà entendu l'expression «réduction de risques et des méfaits» et, comme les professionnels, ils l'associent à l'éducation pour la santé, à la fourniture de matériel, à la réduction des dommages physiques existants, à la non-imposition de l'abstinence et à l'adhésion aux services les plus formels de la communauté. Quant aux techniciens, il a été constaté que leur entrée dans la réduction de risques a été préméditée et réalisée par choix personnel, étant satisfaits avec les fonctions exercées. Enfin, les deux groupes révèlent des perceptions différentes en ce qui concerne certaines pratiques de réduction des risques, et les utilisateurs sont, en général, plus rigides dans leur perception de ces stratégies d'intervention.

**Mots-clés:** Drogues; Réduction des risques; Diminution de dommages; Équipes de rue; Intervention de proximité.

## Índice Geral

Introdução .....	1
Enquadramento teórico-concetual .....	3
1. Proibicionismo .....	4
2. A redução de riscos a nível internacional .....	5
3. Pressupostos Fundamentais da RRMD .....	9
4. A redução de riscos no contexto nacional.....	10
5. Emergência dos projetos de proximidade de RRMD .....	11
6. Princípios fundamentais de atuação e perfil do técnico de RR.....	13
Método.....	16
1. Objeto, objetivos e questões de investigação.....	16
2. Abordagem Metodológica .....	17
3. Critérios de inclusão/exclusão .....	20
4. Procedimentos e caracterização do universo de estudo .....	20
5. Procedimento de análise dos dados.....	22
Análise dos Resultados.....	23
1. Perspetivas dos Utentes.....	23
1.1.Trajetória de Consumo.....	23
1.1.1. Conceção sobre a Droga.....	23
1.1.2. Efeitos da Droga.....	23
1.1.3. Motivo para o primeiro consumo .....	24
1.1.4. Substâncias consumidas e vias de administração usadas .....	24
1.2.Experiência de contacto com os serviços existentes para PUD .....	24
1.2.1. Experiência prévia em Equipas de Rua.....	24
1.2.2. Equipa de Rua atual.....	25
2. Perspetivas dos Técnicos .....	26
2.1.Percurso Profissional.....	26
2.1.1. Passado .....	26
2.1.2. Presente .....	27
2.2.Estratégias responsivas face aos dilemas éticos discutidos .....	28
2.2.1. Dilema 1 .....	28

2.2.2. Dilema 2 .....	29
2.3.Situações-problema discutidas .....	29
2.3.1. Situação 1 .....	29
2.3.2. Situação 2 .....	30
3. Perspetivas de Utentes e Técnicos .....	31
3.1.Práticas de RRMD .....	31
3.1.1. Explicação da RRMD.....	31
3.1.2. Modalidades de RRMD.....	32
3.1.3. Perceção dos técnicos sobre o processamento da informação transmitida aos utentes.....	32
3.1.3.1.Perceção dos técnicos acerca da compreensão dos utentes a propósito da intervenção de RRMD .....	33
3.2.Técnicas Fictícias de RRMD discutidas .....	34
3.2.1. Disponibilização de material sem troca .....	34
3.2.2. Limites ao material disponibilizado .....	35
3.2.3. Trocas de material pelos utentes .....	36
3.2.4. Utilização de máscara.....	37
Discussão dos Resultados.....	38
1. Perspetivas de utentes e técnicos relativamente à RR.....	38
2. Perceções de utentes e técnicos face às diferentes técnicas de RRMD .....	41
Considerações Finais .....	42
Referências Bibliográficas.....	45
Anexos.....	51



## **Índice de Anexos**

Anexo 1: Guião de Entrevista aos Utentes .....	52
Anexo 2: Guião de Entrevista a Técnicos .....	55
Anexo 3: Dilemas Éticos apresentados aos Técnicos.....	58
Anexo 4: Situações-problema apresentadas aos Técnicos .....	60
Anexo 5: Técnicas de RRMD apresentadas aos Utentes.....	62
Anexo 6: Consentimento Informado para Participação em Investigação.....	64
Anexo 7: Dados Sociodemográficos dos Utentes.....	65
Anexo 8: Dados Sociodemográficos dos Técnicos .....	66
Anexo 9: Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Utentes.....	67
Anexo 10: Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Técnicos .....	69

## **Lista de abreviaturas**

ER – Equipa de Rua

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

PSOBLE – Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência

PUD – Pessoas que Usam Drogas

RR – Redução de Riscos

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UDI – Utilizadores de Drogas Injetáveis

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## Introdução

O consumo de substâncias psicoativas tem sido considerado como um dos mais importantes problemas sociais, tendo-se revelado uma preocupação na nossa sociedade (Agra, 1998; Carvalho, 2010; Fernandes, 2009). Este envolve consequências distintas principalmente ao nível saúde, pelo que devem ser efetivadas respostas adequadas e não moralizadoras com o intuito de proporcionar intervenções mais ajustadas (Barbosa, 2009; 2011; Carapinha, 2009; Cruz e Machado, 2013; Fernandes, 2009; Maia Costa, 2001).

De forma sustentada, a redução de riscos, uma estratégia para lidar com o fenómeno do uso de drogas fortemente ancorada no suporte psicossocial, emergiu nos anos 80 do séc. XX como um modelo de saúde pública e de defesa dos direitos humanos alternativo aos modelos moral, criminal e de doença e centra-se em dois princípios de atuação fundamentais: o pragmatismo e o humanismo (Carapinha, 2009; Cruz e Machado, 2013; Fernandes, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002; Marlatt, 1998; Mata & Fernandes, 2016; Newcombe, 1992).

Ao longo da presente dissertação, sintetizar-se-á o que se sabe sobre o que é a redução de riscos, como emergiu, qual o perfil de um técnico de redução de riscos, e explorar-se-á qual o conhecimento que os seus beneficiários têm desta filosofia de intervenção e das equipas que os acompanham, assim como as perceções dos diferentes atores dos processos de intervenção em contexto de rua sobre as práticas de minimização de danos, irão procurar ser respondidos com a maior clareza possível. A literatura científica referente aos aspetos a serem explorados é ainda muito escassa, conhecendo-se muito vagamente como os diferentes intervenientes desta nova filosofia de intervenção perspetivam algumas das técnicas e práticas usualmente postas em ação durante uma intervenção em contexto de rua. Assim, irá procurar-se aprofundar os conhecimentos relativos a este tema, nomeadamente através dos discursos dos principais implicados: técnicos das equipas de rua e utentes, colocando o foco da análise nas perceções e discursos que ambos referem ter das estratégias de redução de riscos (RR) utilizadas pelos profissionais desta área.

Esta dissertação está dividida em cinco grandes secções: na **primeira**, encontra-se o enquadramento teórico-concetual que fundamenta a presente investigação. Deste modo,

inicialmente faz-se uma descrição do que é a RR e de como esta emergiu, começando-se por apresentar a abordagem proibicionista do fenómeno da droga e a importância que teve para a emergência da RR a nível internacional. De seguida, procede-se a uma breve contextualização histórica da RR, com particular ênfase na comparação entre o modelo holandês e o modelo inglês, dando-se por fim a conhecer a realidade portuguesa. São ainda referidos os conceitos, princípios e pressupostos mais relevantes subjacentes à sua prática, bem como a emergência dos projetos de proximidade de RR. Por fim, considerou-se também pertinente explorar os princípios fundamentais de atuação em RR assim como o recente Perfil Europeu do Técnico de Redução de Riscos (2013) enquanto proposta para a definição desta atividade.

Na **segunda secção**, descreve-se a investigação realizada, abordando-se aspetos como o objeto, objetivo e questões de investigação, assim como os critérios de inclusão e de exclusão na seleção do universo de estudo. Mais, apresenta-se também aqui o enquadramento metodológico que sustentou a pesquisa, bem como o procedimento de recolha e de tratamento dos dados.

Na **terceira secção**, são apresentados os principais resultados obtidos, sendo estes depois discutidos na **secção seguinte**. Adota-se, para isso, uma postura reflexiva sobre os mesmos, considerando-se para análise as perceções dos dois grupos de participantes, sendo esta discussão complementada com a revisão da literatura.

Finalmente, na **última secção**, é realizada uma reflexão final integradora do estudo, com destaque para as principais conclusões, assim como as implicações para a prática, não descurando as potenciais limitações existentes nesta investigação, e sendo tecidas algumas sugestões para investigações futuras.

## **Enquadramento teórico-concetual**

O uso de substâncias com propriedades psicoativas faz parte da história da humanidade. A sua utilização é um fenómeno amplamente difundido que integra os hábitos culturais de diferentes povos (Cruz & Machado, 2010), e que foi tendo, ao longo dos anos, diversas finalidades (Agra & Fernandes, 1993; Escohotado, 1999; Martins, 1998; Silva, 2011). Em primeiro lugar, ela pode ser ritual ou cultural, utilizada em cerimónias religiosas como nascimentos, casamentos e funerais, como forma de alcançar um estado de êxtase favorável a visões proféticas. Por outro lado, também pode ter um fim médico ou terapêutico, sendo as mesmas utilizadas como medicamentos, mediante prescrição. Já o consumo funcional ou ocupacional visa, normalmente, satisfazer uma necessidade temporária. Por último, o consumo social ou recreativo, através do qual a droga é consumida com fins lúdicos (Agra & Fernandes, 1993; Escohotado, 1999; Martins, 1998).

O uso de drogas não pode ser visto como um problema em si, mas pode tornar-se socialmente problemático tendo em conta a interação sistémica entre as características do sujeito, do meio e da substância. Assim, trata-se de um fenómeno imbuído de aspetos culturais, sociais, de saúde individual e coletiva (Silva, 2011), sendo considerado, até muito recentemente, como um dos mais importantes problemas sociais<sup>[1]</sup>, tendo-se revelado uma preocupação na nossa sociedade, envolvendo assim consequências distintas, principalmente ao nível da saúde (Carvalho, 2010; Fernandes, 2009).

Assim, «a monitorização do consumo de droga e dos danos relacionados com a droga baseia-se principalmente em cinco indicadores epidemiológicos fundamentais: o consumo de droga entre a população em geral, o consumo problemático de droga, as mortes e a mortalidade relacionada com a droga, as doenças infetocontagiosas e a procura de tratamento da toxicodependência» (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2013, p.31).

Para se contextualizar o surgimento das políticas de redução de riscos no contexto das drogas é necessário perceber o caminho trilhado por esta abordagem e, como tal, o paradigma do proibicionismo assume-se como fundamental.

---

<sup>[1]</sup> Para mais informações nesta matéria, consultar o “Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções” (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2013).

## 1. Proibicionismo

Pode-se considerar que a abordagem proibicionista surgiu nos finais do século XIX, remontando à reação contra os produtos psicoativos por parte das cruzadas morais contra a marijuana e o ópio consumidos pelos imigrantes nos E.U.A. (Escohotado, 1999; Fernandes, 2009). Aliás, pode-se mesmo considerar este país como um dos líderes da ideologia do combate às drogas, uma vez que desde cedo defenderam uma política externa de luta contra determinadas substâncias, inspirando medidas penais e políticas em grande parte dos países, com o intuito de erradicar a oferta e a procura como objetivo final (Drucker, 2013; Escohotado, 1999; Fernandes, 2009; Rodrigues, 2003).

Internacionalmente, o regime de controlo imposto às substâncias psicoativas foi desenvolvido com base em dois objetivos essenciais: reduzir as consequências negativas para a saúde dos sujeitos que consomem e garantir o acesso a medicamentos essenciais para o controlo da dor (Drucker, 2013). No entanto, tal não se verificou (Global Commission on Drug Policy [GCDP], 2014). Ao invés disso, a proibição global das drogas gerou alarmantes problemas sociais e de saúde (Drucker, 2013; GCDP, 2014). Dados do UNODC indicam que apenas 10% dos indivíduos que usam drogas no mundo são considerados consumidores problemáticos, porém continua-se a tratar todos os utilizadores de drogas como se apresentassem elevado perigo para a sociedade, criminalizando as pessoas que «produzem, vendem ou usam drogas» (GCDP, 2014, p.11).

Assim, o proibicionismo tem sido alvo de várias críticas ao longo das últimas décadas (Cruz & Machado, 2010, 2013; Fernandes, 2009; GCDP, 2014; Rodrigues, 2003), entre elas: (1) revelou-se um fracasso em cumprir o objetivo de conseguir um “mundo livre de drogas”<sup>[2]</sup> (GCDP, 2014); (2) em vez de reduzir, promoveu o crime e aumentou os riscos para a saúde relacionados com o uso de substâncias, principalmente entre indivíduos mais vulneráveis<sup>[3]</sup> (Fernandes, 2009; GCDP, 2014); (3) promoveu a estigmatização e marginalização das pessoas que usam drogas e daqueles que estão envolvidos no seu cultivo, produção e distribuição (idem). Além disso, alguns críticos consideram que proibir e criminalizar formas e estilos de vida que não interferem com terceiros significa um

---

<sup>[2]</sup> Estimativas do UNODC referem um aumento da produção ilícita e da utilização de substâncias psicoativas (de 203 milhões em 2008 para 243 milhões em 2012, um aumento de 18%) apesar dos elevados recursos utilizados para suprimir o seu uso.

<sup>[3]</sup> Concretamente o aumento do risco de mortes por overdoses (GCDP, 2014).

enorme desrespeito pelos direitos e liberdades dos indivíduos<sup>[4]</sup> (Fernandes, 2009; GCDP, 2014). Por fim, diversos estudos empíricos evidenciaram o aparecimento de organizações de mercado de rua, ilegais, instalados em zonas mais debilitadas, conduzindo ao aumento da delinquência e da criminalidade<sup>[5]</sup> (idem).

Perante as críticas, foi ensaiado um novo paradigma de abordagem ao fenómeno do uso de drogas (Cruz & Machado, 2010; Usó, 2002), que enfatiza o contexto e considera que a importância e o significado que as substâncias adquirem para os indivíduos dependem do modo como cada sociedade as define: o paradigma sociocultural. Este surge recentemente como uma alternativa aos modelos jurídico-penal, que vê as pessoas que usam drogas (PUD) como delinquentes, e o médico-sanitário, que toma a PUD por doente (Carvalho, 2010; Cruz, 2005; Escohotado, 1999; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998; Rodrigues, 2003; Silva, 2011). No enquadramento oferecido pelo paradigma sociocultural, a PUD não é uma coisa nem outra. É apenas isso, uma pessoa que usa drogas. Este paradigma enquadra humanisticamente um tipo de intervenção – a redução de riscos e minimização de danos (RRMD).

## **2. A redução de riscos a nível internacional**

*If health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and treatment is a bounded— by culture, time, and place— planned, goal-directed change process designed to create and achieve growth and development, to maintain the micro/macro balance, and to prevent and/or minimize deterioration, pathology, and unnecessary pains, implemented by and through various models, then harm reduction is a historically known human creation, value, and process. (Einstein, 2007, p.258).*

Apesar de não haver consenso absoluto relativamente à definição do termo “redução de riscos”, uma definição possível será a seguinte: «políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências adversas ao nível da saúde, sociais e económicas do uso de substâncias psicoativas, legais e ilegais, e que são baseados num

---

<sup>[4]</sup> Há já um movimento organizado constituído por representantes da sociedade civil, PUD, académicos e decisores políticos no sentido de reverter o proibicionismo e as suas consequências. Para mais informações, consultar o *site* da Global Commission on Drug Policy (<http://www.globalcommissionondrugs.org>).

<sup>[5]</sup> De acordo com o UNODC, a política proibicionista, incitou “um mercado ilegal estimado em centenas de biliões” utilizando-se muitas das vezes essas verbas para o financiamento de grupos terroristas (GCDP, 2014).

forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos» (Rhodes & Hedrich, 2010, p.37).

O conceito de RRMD surgiu pela primeira vez nos anos 80 do século XX, como resposta de saúde pública a uma crescente disseminação da hepatite C e do VIH/SIDA (Einstein, 2007; Fernandes & Ribeiro, 2002; Marlatt, 1998; O'Hare, 1992; 2007; Pates & Riley, 2012; Pimenta & Rodrigues, 2006; Riley & O'Hare, 2000; Stimson & O'Hare, 2010), sendo assim um modelo de saúde pública alternativo aos modelos moral, criminal e de doença, centrando-se em dois princípios fundamentais: o humanismo e o pragmatismo (Carapinha, 2009; Cruz e Machado, 2013; Fernandes, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002; Marlatt, 1998; Mata & Fernandes, 2016; Newcombe, 1992; Ritter & Cameron, 2006). Segundo diversos autores, a RR é uma política social que prioriza o objetivo de diminuir os efeitos negativos do uso de droga, tendo-se tornado a principal política de drogas alternativa ao abstencionismo (Hunt, Ashton, Lenton, Mitcheson, Nelles & Stimson, 2003; Newcombe, 1992; Pates & Riley, 2012; Riley & O'Hare, 2000).

Esta intervenção utiliza metodologias que visam reduzir consequências sócio-sanitárias e económicas adversas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo (Einstein, 2007; Hunt et. al, 2003; International Harm Reduction Association [IHRA], 2010; Lee, Engstrom & Petersen, 2011). Assim, é uma abordagem que, em termos da sua finalidade, se caracteriza por reconhecer que a abstinência, apesar de ser considerada a meta ideal, não é a meta desejável para um grupo de consumidores numa determinada fase da sua vida (Marlatt, 1998), que não pretendem ou não conseguem interromper o consumo (Inglez-Dias, Ribeiro, Bastos & Page, 2014).

Os primeiros programas de RRMD desenvolveram-se na Holanda<sup>[6]</sup> e no Reino Unido (Einstein, 2007; Fernandes & Ribeiro, 2002; Rhodes & Hedrich, 2010; Ritter & Cameron, 2006; Stimson & O'Hare, 2010). Nestes países, este tipo de estratégias encontraram um contexto propício (económico, político e cultural) à sua implementação (Oliveira, 2014), e inclusivamente algumas delas faziam já parte do sistema assistencial, como é o caso da prescrição médica de heroína em Liverpool em 1920 (Fernandes &

---

<sup>[6]</sup> Na Holanda, devido ao elevado número de utilizadores de drogas com VIH/SIDA e outras infeções, o movimento da RR foi desenvolvido pelos próprios consumidores (*junkiebond* – associação de utilizadores de drogas, pioneira na troca de seringas) tendo sido imediatamente apoiado pelo governo (Cruz, 2005; Fernandes, 2009).

Ribeiro, 2002; O'Hare, 1992, 2007; Pates & Riley, 2012; Pimenta & Rodrigues, 2006; Stimson & O'Hare, 2010).

No modelo holandês, a abordagem é baseada numa atitude pragmática e não moralista, o que resultou num sistema multifacetado que oferece uma variedade de programas (Pates & Riley, 2012; Riley & O'Hare, 2000). Abraçando uma visão de saúde pública dos problemas das drogas, o sistema de tratamento holandês foi expandido de um modelo maioritariamente orientado para a abstinência para uma abordagem de múltipla escolha (Rhodes & Hedrich, 2010), desde programas de baixo limiar de exigência (programas de manutenção de metadona) até programas de alto limiar de exigência (comunidades terapêuticas livres de drogas), de modo a tornar a ajuda acessível para uma maioria de adictos (Marlatt, 1998).

Já no modelo do Reino Unido (Merseyside), este foi pioneiro na abordagem de medicalização, na qual se pode prescrever aos utentes substâncias como a heroína e a cocaína numa base de manutenção (O'Hare, 1992, 2007; Pates & Riley, 2012; Rhodes & Hedrich, 2010). São oferecidos aos utentes vários serviços, como troca de seringas, informação/educação, prescrição de drogas, e serviços de aconselhamento, emprego e habitação (Marlatt, 1998; Riley & O'Hare, 2000).

Nas últimas décadas, a RR tem vindo a crescer e a consolidar-se na Europa e no Mundo, tendo sido também integrada em vários outros serviços sociais e de saúde. De um enfoque inicial na epidemia do VIH nos últimos anos da década de 1980, a RR alargou o seu âmbito para a perspetiva mais ampla de atender, por um lado, às necessidades sócio-sanitárias dos consumidores problemáticos de droga, sobretudo dos socialmente excluídos (OEDT, 2011, 2013), e, por outro, aos seus direitos humanos, como a dignidade.

Neste sentido, segundo dados do relatório do IHRA de 2014, o estado global da RR tem evidenciado grandes avanços com a adoção destas políticas e consequentemente na implementação de diversos programas desde 2012. Este relatório integra informação atualizada relativa aos serviços de RR por cada região do mundo, incluindo programas de troca de seringas (PTS) e programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência (PSOBLE), serviços de RR no contexto prisional, acesso a terapia anti retroviral para utilizadores de drogas injetáveis (UDI) e respostas à *overdose*, além de fazer o mapeamento da prevalência de VIH, hepatite e tuberculose entre as PUD. Assim, os últimos dados mostram que existem 101 países no Mundo que adotam programas e/ou



estratégias de RR. Na Europa, a prevalência de VIH entre os UDI encontra-se em declínio, como resultado das políticas de RR implementadas, como a taxa elevada de rastreios e o PTS. No entanto, há ainda taxas elevadas de hepatite C neste grupo, apesar da utilização da via endovenosa estar em decréscimo (IHRA, 2014).

Ainda neste continente, se por um lado mais de metade dos utilizadores de opiáceos têm acesso a PSOBLE, por outro o impacto da crise financeira global, a estigmatização e criminalização do uso de substâncias (que só se encontra descriminalizado em Portugal), e a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde adequados, contribuem para as taxas elevadas de mortalidade entre os PUD, sendo a *overdose* a principal causa de morte. Deste modo, as principais recomendações desta entidade passam pelo acesso à naloxona como forma de prevenção da *overdose* e a realização das reformas políticas necessárias para combater estas desigualdades sociais (IHRA, 2014).

Assim, a RR não tem como objetivo eliminar os consumos de drogas, em contraste com as políticas proibitivas (Einstein, 2007; Lee, Engstrom & Petersen, 2011; Riley & O'Hare, 2000). Foca-se, sim, sobretudo na RR associados ao consumo de drogas, disponibilizando material para o seu uso e aconselhamento para a adoção de comportamentos menos arriscados, permitindo a integração de um maior número de indivíduos (World Health Organization [WHO], 2008).

Pode-se, então, considerar que:

*a redução de riscos adota pequenos passos para reduzir, até mesmo a um pequeno grau, o dano causado pelo uso de drogas. Se uma pessoa está a injetar heroína da rua, de potência desconhecida, a redução de riscos considerará uma vantagem se ao consumidor for prescrita heroína de forma legal e segura. Uma vantagem maior se ele parar de partilhar a seringa. Uma ainda maior se ele iniciar um programa de troca de seringas. Um avanço muito maior se ele passar para uma via de consumo oral ou fumada. Um grande avanço se começar a utilizar preservativo e se envolver em práticas de sexo seguro. Um maior avanço se ele retirar proveito dos serviços de saúde disponíveis para consumidores. Uma vitória maravilhosa se ele deixar as drogas, embora a vitória total não seja um requisito como é nos Estados Unidos. (Parry, 1989, p.3, citado por Marlatt, 1998).*

Apesar da crescente aceitação internacional da RR, continua a haver uma forte oposição a esta abordagem, com alguns críticos a alegar que os programas de RR promovem o uso de drogas (Hunt et. al, 2003). No entanto, estas provêm de quem ignora as evidências e coloca as suas ideologias políticas à frente da saúde pública (Ti & Kerr,

2014), uma vez que já não é possível argumentar que a RR agrava o uso de drogas e debilita os esforços de tratamento. A evidência científica mostra claramente que os programas de RR fazem aquilo que foram designados para fazer – reduzem os efeitos nocivos das drogas e apoiam os esforços de tratamento (Rhodes & Hedrich, 2010; Ti & Kerr, 2014).

### **3. Pressupostos Fundamentais da RRMD**

Tal como já foi dito anteriormente, a RRMD tem dois pressupostos fundamentais: o pragmatismo e o humanismo. O Pragmatismo, ao defender que o uso de substâncias continua (e continuará) a fazer parte da nossa sociedade. Por oposição às políticas proibicionistas e abstencionistas, que idealizavam a eliminação do uso das drogas, a RRMD reconhece que esse não é um objetivo realista, procurando minimizar os riscos associados a esses comportamentos num determinado contexto (Carapinha, 2009; Maia Costa, 2001; Marlatt, 1998; Riley & O'Hare, 2000). Assim, implica a promoção de intervenções que minimizem os efeitos do consumo de drogas e salvaguardem a sua inclusão social, favorecendo a diminuição do risco de disseminação de doenças infecciosas e a redução da criminalidade associada à toxicodependência (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2013).

O Humanismo, por sua vez, visto que se reconhece a absoluta dignidade dos utilizadores de drogas, implica a adoção de intervenções que permitam preservar neles a consciência da sua própria integridade, protegendo os seus direitos, liberdades e responsabilidades (SICAD, 2013), auxiliando-os a diferentes níveis, como por exemplo: a alimentação, o vestuário, o alojamento, a assistência médica e um estreitamento do contacto com os serviços sociais fundamentais para o seu bem-estar. Respeita-se assim a decisão do utilizador de drogas em manter o seu consumo, facilitando o acesso a programas de tratamento e de inclusão que minimizem a sua marginalização (Barbosa, 2009, 2011; Carapinha, 2009; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998; Riley & O'Hare, 2000).

Deste modo,

*a redução de riscos é baseada na consciência que os utentes podem ter outras e mais salientes necessidades do que o abuso de drogas. Podem ter necessidades de habitação. Podem ter necessidades económicas ou necessidades no cuidado das crianças. Podem ter toda uma*

*variedade de outras coisas que precisem e queiram falar sobre. Esta é a base dos serviços direcionados aos utentes: que nós, como trabalhadores, temos a responsabilidade de desenvolver uma hierarquia de necessidades para as pessoas sob o nosso cuidado que é baseada na SUA avaliação das suas necessidades mais frequentemente do que a NOSSA avaliação das suas necessidades.* (Denning, 1997, p.15, citado por Marlatt, 1998).

Por fim, importa referir que «a redução de danos não é contra a abstinência. Os efeitos prejudiciais do uso de drogas de risco ou da atividade sexual desprotegida podem ser colocados em um *continuum* (...). A abstinência é incluída como ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de consequências excessivamente prejudiciais a consequências menos prejudiciais» (Marlatt, 1998, p.47).

#### **4. A redução de riscos no contexto nacional**

Em Portugal, a implementação da RRMD é ainda muito recente e tem sido considerada um processo lento feito de avanços e recuos (Fernandes & Ribeiro, 2002). Até meados dos anos 90, a sua visibilidade era praticamente nula em virtude do seu carácter fragmentário e localizado e também pelo seu não reconhecimento “oficial” (Maia Costa, 2001). A sua oficialização e legalização como medida necessária deu-se em Junho de 2001 através do Dec. Lei 183/2001<sup>[7]</sup> (Pimenta & Rodrigues, 2006), cujos objetivos gerais passavam pela «criação de programas e estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao acompanhamento para tratamento de toxicodependentes, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência» (Cruz, 2005). Esta legislação sucede, entre outras, as indicações presentes na Estratégia Nacional de Luta contra a Droga de 1999 (Carvalho, 2010).

Barbosa (2009) sistematizou a evolução histórica da RR em Portugal, considerando que esta passou por três fases: (1) Fase clandestina (1977 a 1992), marcada pelo “pioneirismo e pelo carácter fragmentário” que qualificou a implementação no terreno das estratégias de RR. Encontra-se relacionada com o início desta política em Portugal, sendo caracterizada pelo confronto com as abordagens proibicionistas, representando um período marcado pela execução de respostas clandestinas e isoladas (programas de manutenção

---

<sup>[7]</sup> O Decreto-Lei 183/2001 de 21 de junho aprova o regime geral das políticas de redução de riscos em Portugal.

com metadona e rastreio das doenças infecciosas); (2) Fase experimental (1993 – 1998), caracterizada por um período de múltiplas experiências de RR que contribuíram para a sua consagração política. Nesse sentido, emergiram a título experimental diversas ações para minimizar os riscos associados ao consumo de drogas e às práticas sexuais desprotegidas, como ações de apoio médico e social a grupos específicos da população toxicodependente, assim como programas de redução de danos (gabinetes de apoio, equipas de rua e centros de abrigo). Destaca-se a implementação do PTS: “Diz não a uma seringa em segunda mão” em 1993, o primeiro estruturado em Portugal, cujo principal objetivo consistia em prevenir a transmissão do VIH entre os UDI. Neste cenário, imperou a proposta de descriminalização do consumo privado e a reflexão em torno de uma política pública experimental de redução dos danos de natureza social e de saúde pública; (3) Fase de Legitimação política (1999-2005), que compreende diversos momentos, como o enquadramento legal, reconhecimento político e a consagração da RR nas estratégias nacionais de luta contra a droga. Foram aprovados diplomas legais que regulam vários programas e estruturas sócio-sanitárias, surgiram campanhas de educação para a saúde em espaços noturnos e generalizaram-se os PSOBLE. A RR passou a ser consagrada como política oficial em 2001, em simultâneo com a descriminalização da posse e do consumo de drogas (Dec. Lei 30/2000<sup>[8]</sup>).

## **5. Emergência dos projetos de proximidade de RRMD**

Ao longo dos anos, constatou-se que as relações dos indivíduos com as drogas ilícitas que se revelaram mais destrutivas, tanto para a sua saúde física e mental como para os contextos envolventes, acontecem ainda em zonas urbanas ou periurbanas, nomeadamente os bairros sociais “problemáticos”, «a periferia desqualificada, os espaços intersticiais de concentração da pobreza» (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006, p. 80). Desta forma, «o fenómeno droga participa desse cenário de crise urbana, cruzando e sobrepondo na sua trajetória as trajetórias dos outros fenómenos problemáticos: sem-abrigo, prostituição de rua, imigração clandestina. Este cenário de crise da urbe convocou a resposta rápida da intervenção social, que reagiu reativando a sua vocação de terreno, exercida agora sobre situações de emergência social caracterizadas pelo desabrigo» (idem).

---

<sup>[8]</sup> O Decreto-Lei 30/2000 de 29 de Novembro define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

Assim se explica que a maioria dos projetos de RR tenha sido implementada junto de indivíduos com condições de vida muito precárias (com exceção dos que trabalham na “*party scene*”).

Perante estes novos fenómenos e devido à pouca eficácia das instituições mais convencionais, adota-se uma intervenção de proximidade, usando a rua como espaço de atuação. Exemplo disso são as equipas de rua a atuar junto de PUD e trabalhadores sexuais, os centros de acolhimentos e os *drop ins* de baixo limiar de exigência. Deste modo, surgem em Portugal «agências de desenvolvimento local vocacionadas para respostas a variadas situações de risco social e psicológico» (Mata & Fernandes, 2016, p.6). É aqui que surgem os primeiros projetos de RR, salvaguardando o direito ao consumo, à participação ativa dos utilizadores de drogas e argumentando que grande parte dos riscos do consumo de drogas para o indivíduo e para a comunidade eram, na verdade, resultado das políticas proibitivas (Mata & Fernandes, 2016).

As respostas no âmbito da RR, nomeadamente as equipas de rua, representam a promoção da proximidade que a RR implica, uma vez que estas se deslocam para onde os utilizadores de drogas estão, indo para o terreno. Desta forma, este contacto direto nos locais onde as PUD estão, possibilita o acesso a consumidores com diferentes relacionamentos com as drogas, de várias idades e com diversos estilos de vida (Pinto & Peixoto, 2003).

Segundo Marques & Fugas (1996), os consumidores de rua possuem algumas particularidades que os distinguem dos utilizadores de drogas mais estruturados. Assim, caracterizam-se por: (1) não procurar tratamento nas instituições especializadas; (2) apresentar necessidades básicas de alojamento, higiene e saúde física que configuram um quadro de negligência extrema; (3) possuir conflitos com a família ou os elementos desta, estando muitas vezes em situação de rutura familiar; (4) manifestar um sentimento de exclusão e de desconfiança face aos profissionais de saúde e instituições; (5) reagir com instabilidade e insegurança a um ambiente em que estejam definidas regras claras e objetivas, sendo estas interpretadas como “demasiado exigentes”; (6) estar associados a redes de tráfico, ocupando posições subalternas; (7) não protestar nem se organizar para pressionar os poderes públicos.

Face a estas realidades, as respostas tradicionais dificilmente funcionam. Assim, as equipas de rua em Portugal assumem diferentes serviços, podendo, em conformidade com

as condições de que dispõem ou as necessidades do território onde intervêm, ter mais ou menos atividades: a) informação/sensibilização relativamente a comportamentos de risco; b) troca de seringas; c) oferta de outro tipo de material como água destilada, estanho, filtros, preservativos e toalhetes; d) encaminhamento para respostas sociais e de saúde; e) acompanhamento em termos de apoio social, psicológico, cuidados médicos e de enfermagem; f) programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência (apenas disponível em algumas equipas) (Andrade, Carapinha, Sampaio, Shirley, Rodrigues & Silva, 2007). Todas estas atividades desenvolvem-se considerando sempre o interesse, as necessidades e as opções do utente relativamente ao consumo de substâncias (Gordinho, 2009).

A proximidade e a confiança que o consumidor vai adquirindo com a equipa de rua possibilitam que este se aproxime também das estruturas de saúde. Assim, o profissional constitui, com frequência, o primeiro contacto do utente não só com o sistema de saúde (Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT<sup>[9]</sup>], 2011), mas com todo um conjunto de serviços dos quais se mantém afastado (idem). Por isso, para o sucesso e alcance dos seus objetivos, é crucial a ligação das equipas de rua a outras estruturas locais, tais como centros de saúde, hospitais, juntas de freguesia, câmaras municipais, entre outras entidades que se revelem importantes (Mata & Fernandes, 2016). A equipa de rua pode (e deve) servir de ponte entre estes organismos e os utentes/consumidores de drogas, agilizando o seu contacto e acompanhamento por parte das organizações.

No entanto, a intervenção em RR impõe novos desafios aos técnicos que nela trabalham. Para uma abordagem de proximidade eficaz é necessário profissionais com capacidade relacional, científica numa intervenção livre de preconceitos, sem juízos morais, e que respeitem a condição humana do consumidor e das suas opções (Carvalho, 2010).

## **6. Princípios Fundamentais de atuação e Perfil do técnico de RR**

Como já foi mencionado, a RRMD não só se apresenta como uma política social, como também se caracteriza por uma política sanitária e de saúde pública (Carapinha,

---

<sup>9</sup> Atual SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

2009; Fernandes e Ribeiro, 2002; Maia Costa, 2001; Marlatt, 1998; Riley & O'Hare, 2000).

O papel dos técnicos em contexto de rua é de extrema importância, tanto ao nível da abordagem do uso de drogas como na promoção do bem-estar. Para isso, existe a necessidade de ajustar e adaptar a intervenção, deslocando-se o *setting* terapêutico de gabinetes e consultórios para os diferentes contextos de rua onde o público-alvo se encontra (Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, 2010; Jorge e Corradi-Webster, 2012; Koller, 2004; Oliveira, 2009).

Tendo em consideração que este projeto incidirá, em parte, sobre as perceções dos técnicos de equipas de rua de RR sobre algumas técnicas associadas à sua atividade profissional, parece pertinente referir alguns dos manuais que têm sido construídos no sentido de auxiliar melhores práticas de intervenção por parte destes profissionais.

Com base num Guia de Apoio para a Intervenção em RRMD concebido por Carapinha (2009), Oliveira (2014) destaca um conjunto de princípios de atuação a ter em consideração por parte das equipas que a implementam: (1) proximidade e horizontalidade na relação com o consumidor, através de um trabalho conjunto de cooperação e de estabelecimento de relações próximas, intervindo no âmbito da promoção da saúde pública junto de populações não abrangidas pelas estruturas de apoio formais; (2) o gradualismo, na medida em que a mudança é um processo em construção, que ocorre com avanços e recuos, sendo necessário definir estratégias, com destaque no compromisso; (3) a promoção da autonomia, através da definição de objetivos conjuntos, salientando que a decisão em mudar é do utente; (4) o enraizamento nas comunidades, considerando os aspetos específicos dos consumidores e da restante população (negociação do local onde a equipa se vai instalar, assegurando-se o respeito pelo outro); (5) a valorização da cidadania, promovendo a sua dignidade; (6) o diálogo, promovendo-se assim a comunicação e a escuta ativa; (7) o foco na importância das relações sociais próximas e a construção de confiança mútua; (8) a promoção da educação para a saúde enquanto estratégia para a alteração dos comportamentos de risco; (9) incentivo ao acesso às instâncias mais formais, articulando o consumidor com os serviços promotores do seu bem-estar físico e psicológico; (10) flexibilização e negociação, pela adequação da intervenção ao indivíduo.

Assim, nesta abordagem as respostas são caracterizadas por uma dimensão humanista, privilegiando-se estratégias não culpabilizantes e não estigmatizantes, visto que tal estigmatização poderá ampliar os riscos e danos associados às drogas, diminuindo a probabilidade dos sujeitos procurarem apoio formal (Carapinha, 2009; Fernandes, 2009).

Nos últimos anos têm surgido, também, sugestões no que concerne ao perfil desejável ao profissional que integra uma equipa de intervenção de proximidade. Surge então o Perfil Europeu do Técnico de Redução de Riscos (Agência Piaget para o Desenvolvimento [APDES], 2013), realizado com o intuito de melhorar as condições de trabalho e de emprego e assim fortalecer os resultados das intervenções e o impacto nas comunidades com quem os projetos de RR trabalham. Este documento subdivide-se em 45 competências e 62 atitudes (idem). Entre as principais, Oliveira (2014) salientou as seguintes competências: (a) aplicação de técnicas de gestão de conflitos e de resolução de problemas; (b) aplicação de procedimentos para lidar com situações de emergência; (c) utilização de competências de comunicação como a escuta-ativa; (d) incentivar a mudança de comportamento através da utilização da entrevista motivacional; (e) dotar as PUD com estratégias para reduzir os riscos associados ao seu comportamento; (f) transmissão de conhecimentos relacionados com a redução de riscos (fatores de riscos, doenças e infeções comuns); (g) aconselhar os utentes e, se necessário, realizar intervenções em crise; (h) facilitar o empoderamento e participação ativa dos utentes; (i) demonstrar atitude empática e apoiar emocionalmente; (j) realizar encaminhamentos para diferentes estruturas de apoio. Relativamente às atitudes, evidenciam-se: (i) o respeito pelos direitos dos utentes; (ii) a prevalência de uma atitude pragmática; (iii) a manutenção de conhecimentos acerca dos utentes; (iv) a sensibilidade no tratamento das PUD, com respeito pelas suas características, preservando a sua dignidade; (v) a utilização de uma abordagem holística e multidisciplinar na atuação; (vi) a construção de uma relação empática e de confiança; (vii) a capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, motivando os utentes; (viii) cooperação e flexibilidade na sua intervenção; (ix) a demonstração de um pensamento crítico com capacidade de reflexão sobre o seu papel na equipa.

Para finalizar, a existência de um documento que descreve de forma objetiva boas práticas de RR contribui significativamente para uma maior eficácia das intervenções efetuadas pelos técnicos que aqui intervêm (Oliveira, 2014). No entanto, e tal como Pinto e Peixoto (2003, p.59) referiram «até agora tem sido demasiado grande a diferença entre aquilo que é suposto existir e realizar e aquilo que é de facto feito».



## **Método**

### **1. Objeto, Objetivos e Questões de Investigação**

O **objeto de estudo** da presente dissertação recai nas perceções que os utentes e técnicos de diferentes projetos de RRMD associados ao consumo de drogas referem ter em relação a determinadas práticas de RR e o posicionamento destes últimos face aos dilemas éticos e às situações-problema aqui formulados.

Neste sentido, foram formuladas as seguintes **questões de investigação**:

- i. Quais as perceções dos técnicos das equipas de rua inquiridos sobre as diferentes práticas de RR?
- ii. Quais as perceções dos utentes inquiridos acerca de diferentes práticas de RR?
- iii. Como se posicionam os técnicos das equipas de rua inquiridos face aos dilemas éticos e às situações-problema aqui apresentados?
- iv. Qual o conhecimento dos utentes inquiridos sobre as equipas de rua, o projeto em que estão inseridos e a RRMD?

Como **objetivos** deste estudo pretende-se, no caso do **grupo das PUD**:

- i. Conhecer de que forma compreendem e assimilam os princípios, conceitos e práticas da RR;
- ii. Aferir as perceções que têm relativamente às diferentes práticas de RR;
- iii. Averiguar os conhecimentos que têm relativamente à equipa técnica, aos serviços existentes e ao projeto em que estão inseridos;
- iv. Avaliar o grau de satisfação percecionado com o trabalho das diferentes equipas de rua;
- v. Perceber as diferentes trajetórias que caracterizam os consumos e os contactos com as equipas de rua;

Já no que respeita o **grupo dos técnicos**, os **objetivos** do presente estudo são:

- i. Compreender como percecionam as diferentes técnicas de RR;
- ii. Perceber como se posicionam face aos dilemas éticos e situações-problema aqui apresentados;

- iii. Aceder a conhecimentos relativos à constituição técnica das equipas, suas características e serviços disponibilizados pelos projetos;
- iv. Entender as tarefas e funções desempenhadas nos projetos, assim como as diferentes trajetórias que caracterizam as mesmas;
- v. Avaliar o grau de satisfação com o trabalho desempenhado no projeto;

Em suma, com este estudo procurou-se perceber quais as perceções que os diferentes intervenientes têm relativamente a algumas práticas de RR, esperando-se assim contribuir, entre outras coisas, para um melhor esclarecimento acerca da forma como a RRMD é entendida pelos seus principais beneficiários.

## **2. Abordagem Metodológica**

Tendo em consideração o objeto e os objetivos da presente dissertação, considerou-se que o mais apropriado seria optar-se por um paradigma de investigação de cariz qualitativo. Tendo em conta a falta de investigação relativamente a este tema, considerou-se que a adoção deste tipo de metodologia seria a melhor opção uma vez que possibilita uma melhor compreensão das experiências e dos significados que os participantes atribuem ao objeto em questão (Araújo, 2012). De acordo com este autor, a abordagem qualitativa permite obter descrições detalhadas de uma realidade, enfatizando a proximidade entre o investigador e os participantes. Deste modo, numa investigação qualitativa procura-se «estudar objetivamente os estados subjetivos dos seus sujeitos» (Bogdab & Biklen, 1994, p.67).

A recolha de dados no âmbito desta abordagem pode ser realizada a partir de uma grande variedade de instrumentos (Costa, 2012), sendo que para a presente investigação se optou pela utilização da entrevista, combinada com a discussão de situações-problema e dilemas éticos que concorressem para o esclarecimento, na prática, das perceções dos entrevistados acerca da RR. Na literatura, há grande consenso relativamente aos dois princípios basilares da RRMD (Carapinha, 2009; Cruz e Machado, 2013; Fernandes, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002; Marlatt, 1998; Mata & Fernandes, 2016; Newcombe, 1992) – Pragmatismo e Humanismo –, mas algum dissenso quanto à sua aplicação no quotidiano. Assim, os dilemas éticos e situações-problema ajudam a combater a desejabilidade social que poderá ocorrer nas respostas dadas na entrevista inicial, obtendo-se assim afirmações

mais espontâneas, ao mesmo tempo que se testa a operacionalização e interpretação dos princípios filosóficos da RR na concretude do dia a dia, auxiliando à compreensão das percepções dos intervenientes a esse respeito. Como nos diz Jardim e Pereira (2009), o processo metodológico qualitativo possibilita ao investigador descobertas relativamente aos próprios métodos e técnicas a serem utilizados, permitindo inovação através da adequação dos instrumentos. Por este motivo, quando se realiza «um trabalho de campo, apesar da variedade de técnicas e métodos disponíveis, (...) o pesquisador pode lançar mão da criatividade e dos recursos disponíveis no momento do trabalho para adaptar técnicas, recriando-as, ou criando variações derivadas delas» (Jardim & Pereira, 2009, p.9).

Costa (2012) constata igualmente que a entrevista corresponde a um processo de interação face-a-face no qual um indivíduo desempenha a função de entrevistador e o outro cumpre o papel de entrevistado. Neste sentido, a entrevista constitui-se como um instrumento de recolha de dados frequentemente utilizado neste tipo de investigações, uma vez que permite ao interlocutor exprimir as suas percepções e interpretações acerca de um acontecimento ou de uma situação (Quivy e Campenhoudt, 2005).

De entre o leque variado de tipos de entrevistas, optou-se pelo formato semiestruturado, pela utilização de dois guiões previamente elaborados, com os principais temas-chave a considerar e perguntas facilitadoras da conversa. Segundo Quivy e Campenhoudt (2005), as entrevistas semiestruturadas geralmente são conduzidas a partir de um guião constituído por uma série de perguntas-guia, tendo como principal objetivo a obtenção de informação da parte do entrevistado. Este tipo de instrumento permite assim que os participantes expressem as suas ideias e opiniões em liberdade, sem que os temas centrais fiquem por abordar, pelo que se considerou ser o mais apropriado tendo em conta o objeto de estudo da presente dissertação.

Foram elaborados dois guiões, um a ser aplicado aos técnicos e outro aos utentes, em diferentes projetos de RRMD associados ao consumo de drogas nos distritos do Porto, Aveiro e Braga. No **guião de entrevista para o utente (cf. Anexo 1)**, procurou-se formular questões com o objetivo de compreender e aprofundar temas como (1) percepção acerca do projeto de RR e dos serviços existentes; (2) percepção acerca das diferentes funções profissionais dos técnicos existentes; (3) compreensão e assimilação dos princípios, conceitos e práticas de RR; (4) satisfação com o trabalho das diferentes equipas de rua no âmbito da RR; (5) percepções relativamente às diferentes técnicas de RR; e (6) as

diferentes trajetórias que caracterizam os consumos e os contactos com as equipas de rua dos diferentes projetos.

No **guião de entrevista para o técnico (cf. Anexo 2)**, pretendeu-se apreender: (1) as tarefas e funções desempenhadas pelos diferentes elementos profissionais da equipa; (2) as diferentes trajetórias que caracterizam as funções desempenhadas na equipa; (3) o grau de satisfação com o trabalho desempenhado no projeto; (4) o projeto, suas características e serviços disponibilizados; (5) a sua perceção acerca das diferentes técnicas de RR; e (6) o seu posicionamento face aos dilemas éticos e situações-problema apresentados.

Além dos guiões de entrevista elaborados, foram também apresentados dilemas éticos (**cf. Anexo 3**) aos técnicos das equipas, em que estes eram confrontados com duas situações baseadas em factos verídicos, tendo de comentar cada situação, revelando o que fariam na sua prática profissional real. Deste modo, estas situações colocam os profissionais perante uma dificuldade do ponto de vista do enquadramento ético da sua conduta. Além disso, foram também apresentadas duas situações-problema (**cf. Anexo 4**) adaptadas do artigo de Newcombe (1992), que ajudarão à clarificação do posicionamento profissional de cada técnico. Tal como referenciado anteriormente, as situações-problema foram adaptadas do artigo de Newcombe (1992), e os dilemas éticos foram criados exclusivamente para este efeito, baseados em casos reais.

Também aos utentes das equipas inquiridas, apresentaram-se três práticas utilizadas no âmbito da atuação em RR (**cf. Anexo 5**), cada uma com uma resposta fictícia formulada especificamente para o efeito e face à qual os participantes tinham de se posicionar. Previamente havia sido ressalvado o facto de as respostas serem fictícias e como tal não configurarem respostas reais, por forma a não criar qualquer tipo de suscetibilidade no seio de cada um dos projetos. Com este tipo de material, pretendeu-se assim compreender a perceção dos utentes inquiridos acerca das diferentes técnicas de RR e assim contribuir para um maior conhecimento das opiniões dos beneficiários deste paradigma de intervenção acerca de determinadas práticas de atuação no mesmo.

Todas as entrevistas foram realizadas de forma presencial nos vários projetos de RRMD consultados, mediante marcação prévia com os diversos inquiridos. Os espaços onde decorreram cumpriram critérios relativos a silêncio e discrição, havendo sempre uma preocupação do investigador com o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Assim, por forma a facilitar a recolha de toda a informação, foi utilizado um dispositivo de

gravação áudio, mediante o consentimento prévio dos participantes, assegurado pela assinatura de um documento relativo ao consentimento informado (cf. **Anexo 6**).

### **3. Critérios de inclusão/exclusão**

Importa ainda clarificar os critérios utilizados aquando da seleção do universo em estudo, relativamente aos utentes e profissionais dos projetos selecionados. Deste modo, no que diz respeito aos técnicos, foram admitidos todos os que exercessem funções em contexto de rua, independentemente da categoria profissional de pertença. Desta forma, preveniu-se uma possível dificuldade por parte dos utentes em reconhecer o papel de determinado técnico na equipa. Por outro lado, a exigência relativa à sua prestação de trabalho em contexto de rua excluiu aqueles que não tivessem experiência de campo, uma vez que para o presente estudo era crucial estudar as perceções dos interventores que trabalhassem em contexto de proximidade com os utentes. Por este mesmo motivo, incluiu-se como critério de seleção o facto de o técnico prestar funções na equipa há pelo menos dois anos, tendo em conta que assim existiria experiência não só no contexto, como também com os próprios utentes do projeto. Finalmente, foram selecionados os elementos da equipa técnica, independentemente do género de pertença, que integrassem equipas de RR com PUD nos distritos do Porto, Braga e Aveiro.

Relativamente aos critérios de inclusão e de exclusão para os utentes selecionados no âmbito do presente estudo, foram incluídos utentes de equipas de rua de RR, independentemente do género. Estes deveriam ter um contacto frequente com o projeto, sendo dele beneficiários há pelo menos um ano, por forma a garantir que possuíam o contacto mínimo que permitisse conhecer a RR e a equipa técnica. A noção de contacto “frequente” ficou ao critério da própria equipa, que ficou responsável por selecionar o utente que considerava inserir-se nos critérios aqui enumerados.

### **4. Procedimentos e caracterização do universo de estudo**

Segundo Albarello et al. (1997, citado por Barbosa, 2011) «nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca». Deste modo, foram realizadas catorze

entrevistas semiestruturadas a dois grupos de participantes (PUD e técnicos) em sete projetos de RRMD<sup>[10]</sup> associados ao consumo de drogas localizados nos distritos do Porto, Aveiro e Braga. Maioritariamente, os projetos foram contactados por correio eletrónico, com vista ao agendamento das referidas entrevistas. Em alguns casos, foi ainda efetuado um contacto telefónico com o mesmo fim. A escolha das PUD a serem inquiridos foi efetuada pela coordenação dos projetos.

Relativamente ao **grupo dos utentes (cf. Anexo 7)**, foram entrevistadas sete pessoas, seis do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 37 e os 60 anos (M=45 anos). No que respeita ao estado civil, quatro são divorciados e os restantes solteiros. Ao nível da escolaridade, dois dos inquiridos referiram ter a 4ª classe, três o 6º ano, um o 9º ano e outro o 12º ano. Com a exceção de um dos participantes, que declarou estar reformado, todos os restantes se encontravam na condição de desempregado. Também na coabitação, todos referiram viver sozinhos, exceto um dos inquiridos, que declarou viver acompanhado. Quanto ao número de filhos, apenas três dos sujeitos reportaram ter filhos, pelo que dois tinham dois filhos e um apenas um filho. Três dos participantes reportou já ter tido uma experiência anterior com outra equipa de rua, ao passo que os restantes afirmaram ser o projeto atual o seu primeiro contacto com uma equipa de rua. Assim, o tempo de contacto com as equipas de rua no geral rondava os oito anos, à exceção de um dos participantes que afirmou conhecer o trabalho das equipas de rua há vinte anos. Quando situado no projeto atual, o tempo de contacto foi mais oscilante, variando entre um e vinte anos (M=7 anos). Por fim, no que respeita à idade de início do consumo de drogas, esta variou entre os 12 e os 20 anos (M=17 anos).

No que concerne ao **grupo dos técnicos (cf. Anexo 8)**, foram entrevistados sete, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 42 anos (M=35 anos). Com exceção de uma das inquiridas, que declarou ser solteira, todas as restantes eram casadas. Ao nível das habilitações literárias, a maioria afirmou ser detentora de uma licenciatura, ao passo que uma possuía o 12º ano. Todas as entrevistadas estavam atualmente empregadas no projeto. Relativamente à profissão, três eram assistentes sociais, duas educadoras sociais, uma animadora sociocultural e outra psicóloga. Apenas duas das inquiridas já tinham trabalhado num outro projeto de RRMD anteriormente. Quanto à

---

<sup>[10]</sup> Por uma questão de confidencialidade não serão revelados os nomes dos projetos contactados.

experiência profissional ao longo da vida, esta variava entre os três e os 12 anos (M=8 anos), assim como no projeto atual (M=7 anos).

## **5. Procedimento de análise dos dados**

No que diz respeito à análise e interpretação das entrevistas, procedeu-se à análise de conteúdo categorial temática (Bardin, 1977; Vala, 1986). Segundo Bardin (1977), esta técnica de tratamento da informação implica o recurso a um «conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens», pretendendo-se assim a «inferência de conhecimentos relativos às condições de produção».

Funcionando com base em operações de desmembramento do texto em categorias significativas segundo reagrupamentos analógicos (Bardin, 1977), a análise categorial temática é uma das técnicas mais usadas na análise de conteúdo, pelo que na presente investigação a análise de conteúdo seguiu as fases da análise categorial.

Após a transcrição integral de todas as entrevistas, utilizou-se o programa NVIVO 11<sup>[11]</sup> para a categorização da informação. Num primeiro momento, realizou-se a transformação dos dados em bruto do texto, organizando-os segundo algumas regras, a saber: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (regras de contagem) e agregação (escolha das categorias), tendo por finalidade atingir uma representação do conteúdo e da sua expressão (Idem). De acordo com Bardin (1977, p.119) a categorização tem como primeiro objetivo «fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos», sendo os diferentes elementos agrupados devido ao facto de terem características em comum (Quivy e Campenhoudt, 2005). Após a codificação e divisão dos dados em categorias e subcategorias<sup>[12]</sup>, procedeu-se à apresentação e interpretação dos resultados obtidos, articulando o conteúdo com a literatura consultada. Por fim, é importante realçar que na apresentação dos resultados foram utilizadas letras e números para fazer referência aos sujeitos entrevistados<sup>[13]</sup>, tendo como objetivo salvaguardar o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, não permitindo assim a sua identificação.

---

<sup>[11]</sup> Programa de análise qualitativa dos dados.

<sup>[12]</sup> A construção da grelha de análise de conteúdo, bem como a categorização do material, foram objeto da análise de pares conferindo mais validade interna ao estudo.

<sup>[13]</sup> Os utentes foram identificados pelas letras U1 a U7. Os técnicos através de T1 a T7.

## **Análise dos Resultados**

Este capítulo será dividido em três partes. Na primeira serão descritas as categorias exclusivamente resultantes das respostas dos utentes, na segunda parte as categorias correspondentes às respostas dos técnicos e na terceira e última parte serão apresentadas as categorias comuns tanto aos técnicos como aos utentes.

### **1. Perspetivas dos Utes**

O conteúdo das entrevistas realizadas aos utentes permitiu criar duas categorias gerais e exclusivas deste grupo, englobando diversas subcategorias (**cf. Anexo 9**).

#### **1.1. Trajetória de Consumo**

##### **1.1.1. Conceção sobre a Droga**

No que diz respeito à forma como a droga é referida pelos utentes, ela surge como sendo um “refúgio” para lidar com determinadas situações da vida (n=2), mas também como adulterada (n=2) e lesiva, sendo adjetivada como “veneno” (n=1), “calamidade” (n=1) e “porcaria” (n=1) (*“a droga para já é uma porcaria”*, U1). De referir que um dos entrevistados mencionou ainda gostar de consumir, apesar das suas consequências negativas (*“eu gosto de droga, embora saiba que a droga dá cabo da minha vida”*, U2).

##### **1.1.2. Efeitos da Droga**

Relativamente aos efeitos sentidos pelos inquiridos aquando do consumo, estes referem as suas propriedades relaxantes (n=2) e prazerosas (n=2), inclusive provocando adrenalina (n=1), embora também seja referida uma condição de nojo da substância (n=1) e sonolência (n=1) (*“dá uma sonolência no corpo e nos olhos, a pessoa fica meio a dormir, meio acordado”*, U6). Foi também relatado o evitamento da ressaca como forma de obter bem-estar (n=2). Contudo, um dos participantes relatou ainda já não sentir quaisquer efeitos quando consome.



### **1.1.3. Motivo para o primeiro consumo**

São vários os motivos pelos quais os entrevistados reportam terem iniciado o uso de drogas: o contexto social (n=4), quer familiar (n=2) (*“eu comecei assim, com o pai da M.J. [filha]”, U2*), quer com amigos (n=2) (*“os meus amigos eram todos mais velhos do que eu e todos fumavam, foi para me armar em homem como eles”, U4*), a fragilidade emocional (n=3) (*“eu vivia numa depressão muito grande”, U2*), provocada pela perda de familiares próximos (n=1) (*“consumia sempre para fugir à realidade”, U7*) e a curiosidade (n=2).

### **1.1.4. Substâncias consumidas e vias de administração usadas**

Relativamente às substâncias consumidas ao longo da vida, são elas a heroína (n=7), a cocaína (n=7), o haxixe (n=7), o LSD (n=2), o ecstasy (n=2) e a mescalina (n=1). Atualmente, os inquiridos declararam consumir cocaína (n=4), heroína (n=3) e haxixe (n=1), sendo também mencionada a metadona medicamente prescrita (n=2). Já no que diz respeito às vias de administração usadas ao longo da vida, foram referidas a via fumada (n=3) e a junção das vias fumada e endovenosa (n=4). Nenhum dos inquiridos declarou ter utilizado apenas a via injetável.

## **1.2. Experiência de contacto com os serviços existentes para PUD**

Com esta categoria pretendeu-se obter conhecimento sobre os serviços existentes para PUD que os utentes inquiridos conheciam. Os mais referidos foram as equipas de rua (n=6), também designadas por “carrinhas” (n=3). Como “outros serviços existentes para PUD” (n=6), foram mencionados os CRI (n=4), as instituições de apoio a toxicodependentes (n=3), as Comunidades Terapêuticas (n=2), os Gabinetes de Apoio (n=2) e as salas de consumo assistido (n=1).

### **1.2.1. Experiência prévia em Equipas de Rua**

Nesta categoria inserem-se as experiências com equipas de rua anteriores àquela da qual são atualmente utentes (n=4), podendo estas pertencerem a outros distritos do território nacional (n=2) que não o frequentado hoje em dia. Para alguns dos inquiridos a experiência foi tida como favorável (n=2) e para outros como desfavorável (n=2). Desta

forma, salientam no polo positivo o carinho recebido por parte da equipa técnica (n=1), reconhecendo o papel desempenhado na resolução de problemas psicossociais (n=1). No polo oposto, houve quem salientasse a dependência emocional criada com os técnicos da equipa (n=1), o que dificultou a saída do projeto, assim como a existência de problemas com os mesmos (n=1), provocados por diversos conflitos (*“desatinamos (...) foi muito incorreto da parte dela (...) ela é que voltou com a palavra atrás (...) o que foi falado não foi isso. Ou seja, ela não foi correta, não esteve bem”*, U4).

### 1.2.2. Equipa de Rua atual

Inserem-se nesta categoria os dados relativos à experiência com a equipa de rua pela qual são atualmente acompanhados. Assim, a maioria revelou nunca ter tido quaisquer problemas (n=5), pois *“são muito educados para as pessoas”*, (U6). Quando os houve, a situação ficou logo resolvida (n=2) (*“olhe, fiz um escândalo! (...) agora a gente quando estamos entre nós falamos e rimo-nos”*, U2), (*“uma pequena discussão e ela tinha razão a doutora (...) eu ultrapassei os limites (...) no dia seguinte já não se passava nada”*, U7).

Na identificação dos profissionais do projeto, a maioria dos entrevistados consegue associá-los à sua formação de base (n=5) e dois apenas reconhecem alguns. Assim, as profissões mais citadas foram o assistente social (n=7), o enfermeiro (n=6) e o psicólogo (n=5), seguindo-se o médico (n=2), o motorista (n=1) e o educador de pares (n=1).

Quando questionados sobre se sentiram alguma mudança no seu comportamento desde que fazem parte do projeto, a maioria dos inquiridos considerou que sim (n=6), à exceção de um (*“sempre fui uma pessoa regular (...) tanto com a carrinha ou sem a carrinha eu já fazia a mesma vida que faço agora”*, U5). As mudanças percecionadas mais referidas foram a maior estruturação da sua vida (n=6), o crescimento pessoal (n=2), o apoio emocional recebido pela equipa (n=2) (*“houve uma altura na minha vida (...) em que o giro que eles davam para mim era a única palavra que eu tinha diariamente (...) o apoio que eles me davam de falar”*, U3) e a diminuição dos consumos (n=1).

No que respeita os serviços requeridos, são eles os cuidados de enfermagem (n=5), nomeadamente a administração da metadona (n=1), de fármacos (n=1) e os rastreios (n=1), os serviços de cariz social (n=4), o acompanhamento aos serviços da rede (n=3) e o apoio psicológico (n=2). Desta forma, todos os entrevistados se consideram satisfeitos com os

serviços prestados pela equipa, principalmente por considerarem haver uma preocupação genuína por parte dos técnicos (n=4) e uma atitude livre de julgamentos (n=1). Estes são frequentemente reconhecidos como “a família” (n=2) e verdadeiros amigos (n=1), sendo que um dos utentes refere que gostaria de apoiar monetariamente a equipa (*“se eu pudesse em termos financeiros ajudar, ajudava”*, U3). Por fim, de salientar a resposta de um utente: *“tudo o que conquistei até agora, devo-o grande parte a eles”* (U1).

Na questão relativa à existência de alguma regra de integração no projeto, todos os utentes foram unânimes em afirmar que existem algumas regras de bom funcionamento. Assim, as mais referidas foram o respeito mútuo (n=4), o cumprimento do contrato da metadona (n=3), a assiduidade (n=2) e pontualidade (n=1) e a devolução dos materiais de consumo (n=2). Foi igualmente mencionada a necessidade de se respeitar a fila (n=1), a presença nas consultas marcadas (n=1), bem como o cumprimento de todas as demais regras solicitadas pelos técnicos (n=3).

Finalmente, quando questionados sobre se alguma vez tinham assistido à violação de alguma das regras do projeto, a maioria dos entrevistados respondeu afirmativamente (n=5), nomeadamente por via da infração de regras de comportamento, ou seja, *“serem arrogantes e mal-educados”* (U4) e desrespeitarem os técnicos (n=5).

## **2. Perspetivas dos Técnicos**

O conteúdo das entrevistas realizadas aos profissionais permitiu criar três categorias gerais e exclusivas deste grupo, que abarcam várias subcategorias (**cf. Anexo 10**).

### **2.1. Percurso Profissional**

#### **2.1.1. Passado**

Relativamente às funções desempenhadas no passado, a maioria dos inquiridos não tinha experiência profissional prévia (n=4). Ainda assim, foram referidas funções anteriores à equipa atualmente integrada como técnico superior de serviço social (n=1), sociólogo (n=1) e técnico psicossocial (n=1), na área da toxicodependência (n=3).

Contudo, quando esta experiência se reporta a uma outra equipa de rua, apenas um dos inquiridos já havia trabalhado neste contexto previamente.

Quando questionados sobre o motivo por que integraram uma equipa com a filosofia de intervenção da RR, isto é, por necessidade laboral ou por opção pessoal, a maioria dos inquiridos identificou ambas as opções (n=4) (*“acho que foram as duas coisas que se conjugaram”*, T6). No que respeita à opção pessoal (n=2), esta foi identificada como sendo um “sonho” (n=1) (*“foi uma escolha pessoal, era mesmo o meu sonho, era mesmo trabalhar numa equipa de rua, nasci mesmo para isto”*, T4). No entanto, um dos participantes assumiu ter sido uma necessidade laboral (*“foi uma necessidade laboral mesmo. Estava à procura de emprego, surgiu esta oportunidade e eu concorri”*, T7).

### 2.1.2. Presente

No que diz respeito às funções desempenhadas atualmente na equipa, os inquiridos tinham funções como técnico superior de serviço social (n=3), educador social (n=2), psicólogo (n=1) e técnico psicossocial (n=1), sendo que dois elementos acumulavam também o papel de coordenação do projeto.

Relativamente às tarefas desempenhadas, as mais referidas foram os acompanhamentos (n=3), os encaminhamentos (n=3) e a intervenção no terreno (n=3). Também a troca dos materiais de consumo (n=2), a gestão dos processos sociais e familiares (n=2), os atendimentos sociais (n=2) e o apoio psicossocial (n=2) foram mencionados. Com menor expressão, mas ainda assim falados, a mediação (n=1), as visitas domiciliárias (n=1), a transmissão de informação (n=1), a condução da carrinha (n=1) e, de uma forma genérica, a redução dos riscos relacionados com o consumo de drogas (n=1). Por fim, foram aludidas algumas tarefas de coordenação, como a distribuição de tarefas e de responsabilidades (n=1), a organização dos turnos (n=1), as tarefas administrativas (n=1), as questões orçamentais (n=1), a promoção da discussão pelos elementos da equipa (n=1), a promoção de consensos (n=1), a articulação com diferentes parceiros (n=1) e o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção (n=1).

Em relação ao nível de satisfação com as funções e o trabalho desempenhado na equipa, a maioria dos inquiridos encontrava-se satisfeita (n=6), declarando gostar de trabalhar numa equipa de rua (n=4), considerando a experiência desafiante (n=1) e ao nível

das suas expectativas (n=1). No entanto, foram também consideradas algumas razões para a baixa satisfação no momento atual, nomeadamente desmotivação devido a falta de pessoal (n=2) e de condições de trabalho (n=1), a acumulação de tarefas não relacionadas com a sua categoria profissional (n=2), as dificuldades na gestão emocional (n=1) e a falta de reconhecimento profissional quer *“do ponto de vista simbólico na sociedade como do ponto de vista depois financeiro”* (T5).

## **2.2. Estratégias responsivas face aos dilemas éticos discutidos**

### **2.2.1. Dilema 1**

Relativamente a este dilema ético, todos os participantes foram unânimes em colocar a hipótese de encaminhamento para outra estrutura (n=7), podendo esta ser a CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (n=3), os serviços sociais e estruturas de apoio da área – refeitório social, balneário público, médico da equipa (n=2), a polícia (n=1) ou o CRI (n=1). Também foi sugerido trabalhar com a mãe as questões da parentalidade (n=4), nomeadamente a importância do cuidado da criança, assim como a hipótese de ajudar monetariamente no momento imediato (n=2) (*“dava-lhe o dinheiro que (...) ia-me permitir que ela fosse consumir para poder ir com ela e com a criança ao médico”*, T5).

Houve ainda quem optasse por discutir o caso em equipa (n=1), adiando assim a decisão até se gerar um consenso e, possivelmente, uma nova solução (*“é sempre uma situação que é discutida em equipa (...) tentamos ouvir a opinião de todos, porque várias cabeças a pensar pensam melhor que uma só e normalmente consegue-se arranjar soluções mais facilmente”*, T2), embora com alguma descrença na resolução do problema (n=1), (*“isto não significaria que ela levasse a criança ao médico, provavelmente iria consumir e o mais provável era nem sequer levar a criança ao médico”*, T2). Por fim, algumas respostas configuravam uma situação de respeito pelo consumo (n=2), isto é, respeitar a decisão da mãe da criança, (*“nós sabemos que podemos potenciar a proximidade respeitando a decisão da mãe”*, T1), sabendo de antemão os sintomas que a privação provoca, e portanto aguardando que esta conseguisse primeiro consumir, para em seguida resolver a situação da criança (*“também percebendo que a ressaca, a privação, despoleta daí sintomas muito complicados (...) também seria sensível a isso. Também tentaria resolver primeiro a ressaca da mãe”*, T7).

### 2.2.2. Dilema 2

Neste dilema ético, os inquiridos demonstraram diferentes estratégias de resposta. Assim, a maioria dos técnicos optaria pela disponibilização de informação (n=6) e de material (n=6), tentando também a dissuasão do comportamento (n=3). No entanto, um participante salientou que seria também importante manter um contacto frequente (*“tentando sempre manter o contacto (...) porque também não é um caso perdido, não é por uma injeção que a vida vai acabar”*, T4), ao passo que outro recordou a importância do seu trabalho na transmissão de informação para a redução dos riscos associados ao consumo (*“muitos dos nossos utentes começaram a consumir muito jovens, com doze, treze, catorze anos, e começaram pela via injetada e eles não tiveram ninguém para os alertar e sensibilizá-los para as formas de consumo de menor risco”*, T7).

Foi também referido o encaminhamento para outras estruturas (n=3), nomeadamente o médico de família (n=1), o PIAC – Projeto Integrado de Apoio à Comunidade (n=1) e o CRI – Centro de Respostas Integradas (n=1). Por fim, foi mencionada a necessidade de discutir em equipa a situação (n=1) para uma resolução em conjunto. Apenas um dos inquiridos assumiu não disponibilizar o material, uma vez que o serviço se destina apenas a maiores de idade (*“o serviço só atende pessoas maiores de dezoito anos, o programa de troca de seringas não prevê entrega de material a menores de dezoito anos, a lei é muito clara relativamente a isso (...) estando como técnico tens de seguir as regras e as leis, portanto eu nunca daria uma seringa”*, T3).

## 2.3. Situações-Problema discutidas

### 2.3.1. Situação 1

Nesta situação, as respostas dividiram-se entre argumentos que sustentavam um maior ênfase na diminuição das consequências negativas associadas ao consumo (n=6), e aqueles que tinham subjacentes o enfoque no aumento do consumo (n=2) provocado pela introdução daquela prática na comunidade. Assim, no primeiro caso, o principal argumento a favor da campanha foi o facto de esta trazer benefícios para a saúde, nomeadamente pela diminuição do número de mortes anuais e dos problemas de saúde relacionados com o consumo (n=6), o que significa um uso mais consciencioso (n=3). Neste sentido, foi

também salientado que esta campanha traria maior visibilidade ao problema e, por esse motivo, maior honestidade no assumir do consumo (n=2) (*“uma pessoa não sente tanto medo, recriminação, tanto preconceito em relação à situação”*, T1). Desta forma, houve também quem argumentasse que sendo o consumo de substâncias uma opção pessoal (n=2), não seria relevante haver um maior número de indivíduos a consumir, até porque a experimentação por si só não constitui um comportamento adquirido, regular e potencialmente problemático (n=1). Por fim, um dos inquiridos sugeriu ainda que o número de consumidores não iria aumentar, visto que não sente que haja inibição nessa revelação (*“acho que existe mais (...) a inibição de dizer que partilhamos material, (...) do que propriamente dizer as substâncias que consumimos”*, T4).

Já no que diz respeito aos argumentos que sustentam uma oposição à campanha, há quem considere que a informação não foi bem transmitida (n=1), visto que o número de consumidores aumentou em vez de diminuir, pelo que esta não foi eficaz, incidindo em demasia nas vias de administração e nas estratégias de RR e pouco nos efeitos da própria substância (n=1), sendo necessário adequá-la a diferentes públicos (n=1).

### **2.3.2. Situação 2**

Relativamente a esta situação, houve um grande consenso a favor da introdução do programa, com a maioria dos argumentos a enfatizar a diminuição das consequências negativas associadas ao consumo (n=7), por oposição aos que tinham subjacente o enfoque no aumento do uso (n=1). Assim, apenas um dos inquiridos mencionou inicialmente que a diminuição das consequências negativas associadas ao consumo não era significativa face ao aumento do número de utilizadores, considerado por este como demasiado elevado. Contudo, a sua resposta alterou-se com uma análise mais profunda da situação.

Desta forma, como argumentos favoráveis à introdução do programa, destaca-se o impacto na saúde (n=7), quer pela redução da partilha de material (n=7), quer pela diminuição da transmissão de doenças (n=7), demonstrando um consumo mais consciente (n=3). Neste sentido, alguns dos inquiridos consideraram o aumento do uso endovenoso como uma situação normal (n=2), provocada por questões económicas (n=1), visto este ser menos dispendioso do que a utilização da via fumada. Pelo contrário, também houve quem mencionasse que o aumento do consumo é uma falsa questão (n=2), uma vez que o que

ocorre é uma maior identificação do problema (n=2), visto incidir agora sobre população que estava oculta e não identificada (n=2). Desta forma, o facto de haver maior informação (n=1), possibilita que o consumo seja visto como uma escolha pessoal e uma opção de vida (n=2), motivo pelo qual um dos inquiridos salienta a importância da existência de salas de consumo assistido (n=1).

### **3. Perspetivas de Utentes e Técnicos**

O conteúdo das entrevistas realizadas aos participantes deste estudo possibilitou que se criassem duas categorias comuns a ambos os grupos, contendo múltiplas subcategorias (cf. **Anexos 9 e 10**).

#### **3.1. Práticas de RRMD**

##### **3.1.1. Explicação da RRMD**

Foi pedido a todos os entrevistados que explicassem, pelas suas palavras, o que é a RRMD. Assim, os técnicos inquiridos basearam a sua explicação na importância da educação para a saúde (n=4), nomeadamente pelo incentivo à troca do material de consumo (n=4), a sensibilização para práticas de consumo de menor risco (n=1) e para os riscos da partilha de material (n=2), a distribuição de preservativos (n=1) e pelo controlo das doenças e infeções já existentes (n=1). Por outro lado, foi também muito enfatizada a atitude de não julgamento (n=3) e de aceitação (n=2) do consumo, bem como o respeito pelas opções de vida do utente (n=3). Desta forma, ocorre a não imposição da abstinência (n=3), em que o objetivo é a proximidade e compreensão (n=1), sempre salvaguardando a confidencialidade e privacidade do utente (n=1), com um interesse genuíno em “*perceber a sua trajetória de consumo (...) nós estamos aqui para aquilo que necessitar*” (T1). Por fim, destaca-se o incentivo à adesão aos serviços mais formais (n=2), bem como o acompanhamento aos mesmos (n=1) e a explicação daqueles que são disponibilizados na equipa (n=1).

Já no grupo das PUD, é de salientar que apenas um dos entrevistados declarou nunca ter ouvido a expressão “redução de riscos e minimização de danos”. Assim, a explicação da RRMD concentrou-se na educação para a saúde (n=3), através da



disponibilização de material de consumo (n=3) e de preservativos (n=1) e na redução dos danos físicos existentes e controlo das infeções (n=3), pela realização de rastreios (n=1). Se, por um lado, houve quem salientasse a não imposição da abstinência (n=1), e o objetivo ser a redução do consumo (n=2), por outro lado também houve quem referisse que este passava pelo incentivo à abstinência (n=1). Também os cuidados de enfermagem (n=1), o apoio social (n=1) e o apoio psicológico (n=1) foram referidos, assim como o trabalho da equipa no encaminhamento para os serviços mais formais (n=2) e a importância da existência de PSOBLE (n=2). Um dos inquiridos referiu ainda a existência de um educador de pares como forma de ligação entre os técnicos e os utentes.

### **3.1.2. Modalidades de RRMD**

Quando se questionaram os técnicos sobre as formas de RRMD associadas ao consumo de drogas, todos foram unânimes em referir a educação para a saúde (n=7), através da disponibilização de material de consumo e de proteção sexual (n=6), da sensibilização para práticas de consumo de menor risco (n=4), assim como as práticas de consumo no terreno (n=1). Como cuidados de saúde, incluem-se aqui a vacinação (n=2), os rastreios (n=2), os cuidados de enfermagem (n=1), a realização de análises clínicas (n=1), a adesão à terapêutica medicamentosa (n=1) e ao PSOBLE (n=1). Do ponto de vista psicológico, realiza-se assim acompanhamento (n=1), avaliação (n=1) e intervenção em situações de crise (n=1). Além do encaminhamento para outras estruturas da comunidade (n=3) e o estabelecimento de uma relação próxima e empática com os utentes (n=4), trabalha-se, do ponto de vista individual, a aceitação pessoal (n=1) e as questões relacionadas com o *empowerment* (n=1).

### **3.1.3. Perceção dos técnicos sobre o processamento da informação transmitida aos utentes**

À pergunta *de que forma considera que a informação que é transmitida aos utentes do projeto é assimilada por estes no sentido de reduzir os riscos para a sua saúde associados ao consumo de drogas?*, foi possível compreender que, de uma forma geral, os entrevistados consideram que as PUD da sua equipa compreendem a informação que é transmitida (n=7), sem que, no entanto, esta seja colocada em prática (n=3).

Assim, constata-se que o estabelecimento de uma relação próxima (n=4) é o principal fator que caracteriza a compreensão da informação que é transmitida por parte dos utentes. Neste sentido, também a presença de um educador de pares na equipa facilita esta transmissão (n=1), bem como a observação do comportamento no contexto de consumo (n=1). Assim, há também a necessidade de adequar o discurso utilizado com os utentes (n=2), como forma de melhorar essa transmissão (*“usar muito a linguagem deles (...) se usarmos termos médicos eles não assimilam tão facilmente”*, T7). Um dos entrevistados salientou também o “estado de consciência” do utente como um fator crucial para esta transmissão de informação (*“quando um utente chega desesperado à tua beira a rressacar mesmo, não vale a pena estares-lhe a despejar informação, a cabeça dele só está no consumo”*, T2).

No entanto, uma boa transmissão da informação não é, necessariamente, sinónimo de que esta seja colocada em prática. Dos entrevistados, quatro deram argumentos que justificam a não transformação da informação recebida em mudança comportamental. Por um lado, *“comportamentos não se mudam num dia”*, (T6), e como tal, é necessária alguma insistência por parte dos profissionais para que as PUD comecem a integrar os conteúdos no seu comportamento (n=1). Por outro lado, o facto de a equipa não estar presente nos “territórios psicotrópicos”<sup>[14]</sup> (n=2) a observar os comportamentos, diminui a adequação da sua prática. Por fim, certas especificidades dos contextos de consumo condicionam que se utilizem práticas mais seguras (n=1), o que conduz muitas vezes a que haja *“uma diferença muito grande entre aquilo que as pessoas dizem fazer e aquilo que realmente fazem”* (T3), uma vez que são condicionadas por mecanismos de desejabilidade social (n=1), isto é, *“querem responder às aspirações sociais, aquilo que eles acham que é desejável e aquilo que tu queres ouvir”* (T3).

### **3.1.3.1. Perceção dos técnicos acerca da compreensão dos utentes a propósito da intervenção de RRMD**

Quando questionados acerca do conhecimento dos utentes do projeto sobre o que é a RR, os seus princípios e práticas associadas, alguns dos técnicos inquiridos deram argumentos que sustentavam a compreensão por parte das PUD e outros não.

---

<sup>[14]</sup> Fernandes (2009).

Assim, em primeiro lugar existe uma relação muito próxima estabelecida com a equipa (n=4), ou seja, através da adequação do discurso, da atenção às necessidades demonstradas por cada um e por esta ser uma intervenção no contexto de proximidade, diferente das equipas de tratamento, e por isso de acordo com as suas necessidades (n=1). Desta forma, o consumo de drogas é visto como um direito e opção de cada um (n=1), pelo que não existe aqui uma atitude de julgamento face ao mesmo (n=1). Por fim, consideram que os utentes conhecem os diferentes tipos de serviços que a equipa disponibiliza (n=2), sendo que estes se vão informando deles à medida que vão precisando de cada um (n=1).

No entanto, há algumas razões que fazem os profissionais acreditar que os utentes não sabem o significado da RRMD. Em primeiro lugar devido a uma dificuldade de compreensão dos utentes sobre a definição e os princípios filosóficos da RR (n=5) (*“eles não percebem bem os princípios filosóficos que nos conduzem”*, T5; *“eles não pensam assim nestes conceitos, nestes palavrões chave”*, T6). Outra das razões apresentadas para a falta de compreensão destes conceitos da RRMD é a existência de crenças autopunitivas por parte dos utentes (n=1), ou seja, *“são muito resistentes (...) entendem que (...) são culpados pela sua dependência (...) o próprio utente tem uma série de crenças muito enraizadas acerca de si próprio”* (T1), o que faz com que não compreendam bem a conceção subjacente à RR. Finalmente, também pode haver uma dificuldade de comunicação dos técnicos para com os utentes (n=1), o que irá dificultar a transmissão da mensagem pretendida, uma vez que, segundo um dos entrevistados, *“nós tendencialmente fazemos um discurso que eles não dominam, mesmo que a gente se esforce por fazer um discurso mais aproximado do deles, eles acabam sempre por não perceber metade do que nós dizemos”* (T3).

### **3.2. Técnicas Fictícias de RRMD discutidas**

#### **3.2.1. Disponibilização de material sem troca**

Esta categoria visava saber qual o procedimento adotado pelos técnicos inquiridos quando os utentes lhes solicitam material de consumo sem entregarem o já utilizado. Todos foram unânimes em assumir que mesmo nessas situações, disponibilizam o mesmo. Contudo, é sempre feito um trabalho de sensibilização para a troca do material (n=5). Esta situação é assim vista como uma oportunidade de se fazer educação para a saúde (n=3),

assim como de desmistificar algumas crenças autopunitivas dos utentes acerca do seu próprio consumo (n=1). Alguns profissionais salientaram também a existência de uma boa relação com os utentes (n=2) como fator determinante para a não ocorrência destes casos, ao passo que outros referiram a existência na equipa de uma folha de débitos e créditos (n=2) para controlar estas situações. Por fim, também foi mencionado o direito ao consumo dos utentes (n=3) e o evitamento de danos futuros para a sua saúde (n=2) como justificador para a entrega de material mesmo em situações sem devolução.

Por outro, encontram-se também algumas situações excecionais que provocam oposição a esta disponibilização. Desta forma, quando existe da parte do utente uma clara intenção em usar o material para revenda (n=1), quando estes manifestam comportamentos agressivos ou não respeitam os técnicos (n=1), quando há conhecimento de que o material foi repetidamente abandonado na via pública (n=1) ou quando é atingido o patamar máximo estabelecido pela equipa para a entrega de material sem devolução (n=1), os técnicos inquiridos recusam a disponibilização de material.

### **3.2.2. Limites ao material disponibilizado**

Nesta categoria, as PUD foram inquiridas acerca da sua opinião sobre a existência de limites ao material disponibilizado aos utentes nas equipas de rua. Com a exceção de um, que manifestou algum desconforto com a questão, devido ao facto de ser um antigo consumidor por via injetável e, nas suas palavras, *“neste momento não é uma situação que, seringas e essas trocas, não estou assim muito por dentro disso nem queria muito comentar essa situação”* (U1), todos os restantes concordaram com a existência de limites diários.

Assim, a principal razão apontada pelos utentes é que quem solicita muito material, tem como objetivo revender (n=5). Desta forma, também manifestam uma preocupação com a possibilidade de, disponibilizando muito material a alguns utentes, se esteja, por um lado, a promover o consumo exagerado de alguns (n=2) e, por outro, a impedir a igualdade de oportunidades no acesso a esse material, correndo o risco de este escassear (n=1). Por fim, os entrevistados consideram que, uma vez que a equipa recolhe informações acerca da quantidade diária consumida por cada utente do projeto, é errado disponibilizarem mais material do que o necessário para dia a dia daquele utente (n=2).

### 3.2.3. Trocas de material pelos utentes

Nesta categoria os técnicos e os utentes entrevistados foram convidados a dar a sua opinião sobre a existência de trocas de material efetuadas pelas PUD nos contextos de consumo a pedido das equipas de rua. Desta forma, no grupo dos técnicos estes foram na generalidade a favor desta hipótese (n=5). As razões apresentadas que sustentavam esta posição foram o facto de se conseguir aceder a utentes que, por variados motivos, não se dirigem à carrinha (n=2), o facto de ser uma forma de diminuir a quantidade de material espalhado nos locais de consumo (n=3) e de *empowerment* do utente escolhido para desempenhar essa função, revelando capacidade de autodeterminação e proactividade (n=2), servindo de aliado da equipa e mediador entre esta e a população consumidora de drogas (n=2). Tudo isto, claro está, desde que houvesse previamente um trabalho de educação para a saúde com este utente (n=2). Um dos profissionais inquiridos revelou ainda desconhecimento face a esta situação, ao passo que outro apenas concordaria caso o utente fosse educador de pares da equipa, uma vez que acontecendo algo, este poderia ser responsabilizado pelo sucedido. No caso de este utente não ser educador de pares da equipa, o técnico mostrou-se manifestamente contra esta possibilidade, alegando que se estaria a expor tanto o utente como a própria equipa a um risco desnecessário, uma vez que o material não pertence à equipa mas sim ao Ministério da Saúde e, nesse caso, seria necessário pedir autorização a esse organismo para por essa prática em ação.

Já no grupo das PUD, as respostas obtidas foram bem diferentes. Mais uma vez, um dos inquiridos manifestou desconforto com a questão, optando por não dar uma opinião a este respeito. Relativamente à prática debatida, dois utentes mostraram-se a favor da mesma, considerando que esta facilitaria o contacto dos restantes utentes com a equipa (n=1), aumentando assim a quantidade de material devolvido, sendo necessária uma boa seleção do utente responsável (n=1), isto é, teria de ser alguém abstinente de drogas. Ainda assim, houve seis respostas que contemplavam uma crítica a esta prática, na maioria dos casos, por considerarem que este é um trabalho dos técnicos (n=5) e, como tal, não seria justo colocar um utente a fazer este serviço. Além disso, poderia comportar riscos para a saúde do utente (n=3), bem como das demais PUD, uma vez que haveria o perigo de este entregar material já usado (n=2), pelo que não seria de confiança (n=2). Por fim, era possível que esta sua função fomentasse a venda de material (n=1) ou, no caso de este estar abstinente das substâncias, o risco de recaída seria maior para o indivíduo (n=1).

### **3.2.4. Utilização de máscara**

No grupo dos utentes, todos consideram pertinente a utilização de máscara, principalmente do ponto de vista de proteção da saúde individual (n=7), como também coletiva, isto é, dos familiares e amigos com quem os técnicos irão contactar (n=4). Neste sentido, argumentam também que uma vez que existe uma boa relação da equipa com os utentes, não haverá qualquer sentimento de exclusão nas PUD (n=1). Por outro lado, e apesar de reconhecerem a importância da proteção, a maioria das PUD inquiridas consideram que poderia existir nos utentes um sentimento de discriminação caso os técnicos optassem pela utilização de máscara no seu dia a dia (n=6).

Relativamente ao grupo dos técnicos, a maioria é a favor da utilização de máscara (n=5), uma vez que a proteção da equipa deve estar em primeiro lugar (n=2) e esta é a única forma de defesa contra doenças respiratórias (n=2). No entanto, esta também depende do contexto, isto é, em contexto fechado a pertinência da sua utilização aumenta (n=1). Também há quem considere que devem ser os utentes a protegerem-se utilizando a máscara (n=1), até mesmo porque o rastreio devia ser obrigatório (n=1), mas que isto não é um problema porque existe uma boa relação estabelecida com os utentes (n=2). Pelo contrário, os argumentos contra a utilização de máscara (n=5) são justificados por esta ser uma barreira no estabelecimento da relação empática e de ajuda aos utentes (n=5), devendo-se proteger o próprio contra a discriminação da sociedade (n=1), sendo fundamental que não se utilize a máscara nos contextos de consumo (n=1). Assim, seria de esperar que os técnicos inquiridos se protegessem através da utilização de máscara, o que não corresponde à realidade. Na verdade, a maioria dos entrevistados opta por não a utilizar no seu contexto de trabalho (n=6). Há ainda quem opte por apenas o fazer em acompanhamentos com indivíduos que sabe estarem infetados com tuberculose (n=3), nos espaços de consumo fechados (n=2) ou por ser o utente infetado ou com suspeitas de infeção a utilizar proteção (n=2). Desta forma, quem opta por utilizar fá-lo por pensar nas consequências para a sua saúde pessoal (n=1) e da sua família e amigos (n=1), ao passo que quem não utiliza, fá-lo para proteger a relação proximal com os utentes (n=3).

## **Discussão dos Resultados**

Depois de apresentados os resultados, serão agora discutidos os aspetos mais relevantes, integrando sempre que necessário a literatura e a perspetiva do investigador. Deste modo, esta secção será dividida em duas partes: 1) perspetivas de utentes e técnicos relativamente à RR e 2) perceções de utentes e técnicos face às diferentes técnicas de RR.

### **1. Perspetivas de Utes e Técnicos relativamente à RR**

Com esta investigação percebeu-se que as PUD conhecem diferentes estruturas da comunidade intimamente ligadas à toxicodependência, incidindo este estudo com maior vigor na sua experiência com as equipas de rua. Ficou patente nas entrevistas realizadas que a relação estabelecida com os técnicos é o fator mais determinante da sua satisfação com as mesmas, isto é, uma relação adjetivada como próxima e de confiança caracteriza uma experiência tida como agradável e positiva, ao passo que a existência de conflitos com os profissionais é qualificada como sendo negativa. Ainda nesta linha de pensamento, justifica-se assim que a regra de funcionamento do projeto mais referida seja o respeito para com os mesmos, numa alusão à manutenção de relações sociais próximas e à construção de bases de confiança mútuas (Carapinha, 2009).

Além de associarem os técnicos à sua formação de base (técnico superior de serviço social, enfermeiro e psicólogo), os utentes conhecem os serviços que são disponibilizados pela equipa e usufruem deles, sendo que os mais requeridos são, precisamente, aqueles que mais se ligam à função dos profissionais: cuidados de enfermagem, apoio social, apoio psicológico e acompanhamentos aos serviços (Andrade et. al, 2007), pelo que se cria aqui a hipótese de o reconhecimento dos técnicos ser um facilitador ao requerimento dos serviços mais vantajosos para si e essenciais ao seu bem-estar físico e psicológico (Carapinha, 2009). Assim, é ainda reconhecido nos técnicos um papel fundamental na estruturação da vida das PUD, visto demonstrarem uma preocupação genuína com as questões relacionadas com elas, o que está de acordo com a literatura consultada (Carapinha, 2009).

No que respeita aos profissionais, a maioria não tinha experiência prévia na função desempenhada, ingressando na RR de forma premeditada, isto é, por opção, pelo que

apesar de revelarem acumulação de tarefas devido a insuficiência de recursos humanos, na sua generalidade consideram-se satisfeitos com o seu trabalho e as tarefas desempenhadas, estando estas ao nível das suas expectativas. As mais referidas pelos entrevistados foram a intervenção de proximidade, a disponibilização de materiais de consumo, o apoio psicossocial e os acompanhamentos e encaminhamentos dos utentes aos serviços, o que está, mais uma vez, em consonância com a literatura consultada (Andrade et. al, 2007).

Estes também consideram que as PUD compreendem a informação que lhes é transmitida relativamente aos serviços existentes no projeto e às formas de RR, mas não a colocam em prática, não entendendo assim os conceitos e princípios filosóficos da RR. Neste sentido, uma das razões evocadas foi a dificuldade de comunicação dos técnicos para com os utentes, isto é, uma incapacidade de adequação do discurso praticado para com os mesmos, pelo que se levanta aqui a hipótese de ser necessário apostar no futuro no melhoramento das competências comunicativas dos profissionais por forma a suplantar este obstáculo, sendo esta, aliás, uma das recomendações constantes no Perfil Europeu do Técnico de Redução de Riscos (APDES, 2013).

No entanto, com a presente investigação verificou-se que a maioria das PUD inquiridas conhecia a expressão “redução de riscos e minimização de danos” e associava-lhe um significado. A sua explicação da mesma relacionou-se assim com a educação para a saúde, a disponibilização de material, a redução dos danos físicos existentes e controlo das infeções (como o VIH e as hepatites), a não imposição da abstinência, o acesso a terapia de substituição opiácea (PSOBLE) e a adesão aos serviços mais formais da comunidade, o que está de acordo, por um lado, com a dada pelos técnicos entrevistados, e por outro, com os princípios de atuação constantes no Guia de Apoio para a Intervenção em RRMD (Carapinha, 2009). Desta forma, considera-se que a “mensagem” está a ser bem transmitida, uma vez que *“os utentes vão percebendo o que é a redução de riscos consoante aquilo que os técnicos lhes vão explicando” (T1)*, pelo que esta explicação, sendo proveniente da dada pelos profissionais, tem sempre potencial para ser melhorada.

Relativamente às formas de RRMD proferidas pelos técnicos, as mais mencionadas foram a educação para a saúde, a disponibilização de material de consumo e de proteção sexual, a sensibilização para práticas de consumo de menor risco, os cuidados de saúde, a adesão ao PSOBLE, o acompanhamento psicossocial e o encaminhamento para outras estruturas da comunidade, o que está em conformidade com a literatura (Andrade et. al,



2007), sendo também referido por estes o estabelecimento de uma relação empática, a adoção de uma atitude de não julgamento e de aceitação do consumo e o respeito pelas escolhas e opções de vida dos utentes (APDES, 2013; Carapinha, 2009; Carvalho, 2010).

Com a adoção de outros materiais além das entrevistas, foi possível combater uma influência potencial da desejabilidade social no discurso dos técnicos inquiridos. Desta forma, observou-se a operacionalização na prática dos conceitos teóricos e princípios filosóficos subjacentes à RR. Com as situações-problema apresentadas, percebeu-se que os profissionais enaltecem os benefícios das campanhas para a saúde, através da diminuição das mortes anuais, dos problemas de saúde associados ao consumo, da redução da partilha de material e das doenças infecciosas associadas. Esta visão com base nas vantagens para a saúde das PUD tem patente o conceito de RR: «minimizar as consequências adversas ao nível da saúde (...) das substâncias psicoativas, sem necessariamente requerer uma redução do consumo dessas substâncias» (Riley & O'Hare, 2000, p.7). Neste sentido, é valorizado o facto de a utilização de drogas ser feita de forma mais conscienciosa e por isso, mais informada, além das suas vantagens a nível social, uma vez que havendo uma maior visibilidade do problema, há também maior identificação das PUD, possibilitando um uso assumido e, portanto, acessível a um maior número de indivíduos, o que vai de encontro aos pressupostos do Pragmatismo e do Humanismo, pela salvaguarda da inclusão social destes indivíduos e a minimização da sua marginalização (Barbosa, 2009, 2011; Carapinha, 2009; Fernandes, 2009; Maia Costa, 2001; Marlatt, 1998; Riley & O'Hare, 2000; SICAD, 2013). Por fim, o consumo é visto como uma escolha e opção pessoal, sendo por isso respeitado (APDES, 2013; Carapinha, 2009; Carvalho, 2010; Gordinho, 2009).

Já nos dilemas éticos apresentados, as estratégias de atuação mais referidas foram, no primeiro caso, o encaminhamento para outras estruturas da comunidade (Andrade et. al, 2007; APDES, 2013), o debate acerca das questões da parentalidade e do cuidado com a criança (na forma de aconselhamento) (APDES, 2013), o apoio monetário no contexto imediato e o respeito pelo consumo (APDES, 2013; Carvalho, 2010; Gordinho, 2009), estando em consonância com o princípio do Humanismo (Barbosa, 2009, 2011; Carapinha, 2009; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998; Riley & O'Hare, 2000; SICAD, 2013). Na segunda situação, cujas respostas foram mais consensuais, o plano de atuação passaria pela disponibilização de informação e de material (Andrade et. al, 2007) e o encaminhamento para outras estruturas (Andrade et. al, 2007; APDES, 2013), o que está de acordo com os princípios da RR (Carapinha, 2009; Maia Costa, 2001; Marlatt, 1998; SICAD, 2013).

## **2. Percepções de Utentes e Técnicos face às diferentes técnicas de RRMD**

Os dois grupos manifestaram percepções diferentes relativamente às práticas em análise. De uma maneira geral, os profissionais salientaram a importância das mesmas como uma forma de realizar educação para a saúde, de sensibilização para práticas de consumo de menor risco, de prevenção de danos físicos futuros, de acesso a população outrora oculta e de empoderamento dos utentes (APDES, 2013), uma vez que estes têm direito a ter o seu material e a efetivar o seu consumo, tendo assim patente nas suas respostas os princípios filosóficos relatados na literatura, como o Pragmatismo, Humanismo, não imposição da abstinência e defesa dos direitos humanos (Barbosa, 2009, 2011; Carapinha, 2009; Fernandes, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002; IHRA, 2010; Maia Costa, 2001; Marlatt, 1998; Pinto & Peixoto, 2003; Riley & O'Hare, 2000; SICAD, 2013). Por seu turno, apesar de valorizarem a proteção da equipa contra doenças infecciosas como a tuberculose, estes optam por preservar a relação estabelecida com o utente, evitando assim danificá-la com a utilização de máscara, garantindo assim que estes não se sentem discriminados e marginalizados pela equipa. Mais uma vez, se aplica aqui o estabelecimento de uma relação empática e de confiança como essencial, tão relatada pela literatura (APDES, 2013; Carapinha, 2009; Carvalho, 2010).

Por outro lado, os utentes mostram-se mais inflexíveis na sua visão acerca destas estratégias de intervenção. De forma geral, as PUD realçam a existência de perigos para a saúde individual e coletiva da prática das mesmas, além da facilitação das condições para que se processe a revenda por parte dos seus pares, o que estes consideram fortemente desvantajoso, além de promover o aumento do consumo. Esta visão mais negativa das práticas de RRMD apresentadas poderá ser explicada pela existência de crenças autopunitivas por parte dos utentes, isto é, uma vez que se culpabilizam pelo seu próprio consumo e revelam uma forte desconfiança perante os seus pares, não compreendem o significado de certas estratégias de RR, rejeitando-as. Por fim, consideram que a relação estabelecida com a equipa é um impedimento ao sentimento de exclusão que poderiam sentir caso estes optassem pela utilização de máscara no seu contexto de intervenção, privilegiando assim a proteção da saúde dos profissionais, bem como dos seus familiares. Desta forma, estes revelam a capacidade de se colocarem no papel do outro, vendo vantagens e desvantagens das práticas tanto para si como para aqueles que os rodeiam, o que chama à atenção para a sua capacidade de reflexão e de pensamento crítico.

## **Considerações Finais**

Após a análise e discussão dos resultados torna-se essencial retirar algumas ilações. No que diz respeito aos utentes, os resultados indicam que estes reconhecem diferentes estruturas existentes para PUD, embora refiram com maior expressão as equipas de rua. Nestas, associam as experiências como positivas ou negativas, consoante a relação estabelecida com os técnicos da mesma. Neste sentido, não só associam os profissionais à sua formação de base, como conhecem os serviços que são disponibilizados pela equipa, requerendo-os de forma diversificada. Desta forma, a principal regra de funcionamento do projeto parece ser o respeito para com os técnicos, embora reconheçam que esta é frequentemente violada pelos seus pares.

Com esta investigação verificou-se, igualmente, que a maioria dos utentes inquiridos já havia escutado a expressão “redução de riscos e minimização de danos”. Assim, esta foi relacionada com a educação para a saúde, a disponibilização de material, a redução dos danos físicos existentes, a não imposição da abstinência e a adesão aos serviços mais formais da comunidade, o que se mostrou em consonância com a explicação dada pelos técnicos entrevistados e com os princípios de atuação constantes no Guia de Apoio para a Intervenção em RRMD (Carapinha, 2009). Ainda assim, alguns dos profissionais consideraram que as PUD, apesar de compreenderem a informação que lhes é transmitida, não a colocam em prática e não percebem os conceitos e princípios filosóficos subjacentes à RR. Tendo em conta que uma das razões apontadas para este facto foram as dificuldades de comunicação dos técnicos para com os utentes e, neste sentido, a capacidade de adequação do discurso proferido aos mesmos, considera-se que será necessário apostar no melhoramento das competências de comunicação, estando esta presente no Perfil Europeu do Técnico de Redução de Riscos (APDES, 2013).

Relativamente aos profissionais, constatou-se que a maioria não tinha experiência prévia na função, sendo o seu ingresso na redução de riscos premeditado e realizado por opção pessoal, encontrando-se satisfeitos com as funções desempenhadas, apesar de revelarem acumulação de tarefas devido a falta de recursos humanos. Destas, as mais referidas são os acompanhamentos e encaminhamentos dos utentes, a intervenção no terreno, a disponibilização de materiais de consumo e o apoio psicossocial, estando assim, mais uma vez, em consonância com a literatura consultada (Andrade et. al, 2007).

Por fim, os dois grupos manifestaram percepções diferentes relativamente a determinadas práticas de RR, sendo os utentes, no geral, mais “rígidos” na sua visão acerca destas estratégias de intervenção. Enquanto os profissionais realçam a importância das diferentes técnicas como uma forma de educação para a saúde, de prevenção de danos físicos futuros, de acesso a população outrora oculta e de empoderamento dos utentes, tendo assim patente nas suas respostas os princípios filosóficos relatados na literatura, como o Pragmatismo, Humanismo, não imposição da abstinência e defesa dos direitos humanos (Barbosa, 2009, 2011; Carapinha, 2009; Fernandes, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002; IHRA, 2010; Maia Costa, 2001; Marlatt, 1998; Pinto & Peixoto, 2003; Riley & O’Hare, 2000; SICAD, 2013); as PUD realçam a existência de perigos para a saúde individual e coletiva da prática das mesmas, além da facilitação das condições para que se processe a revenda por parte dos seus pares, o que estes consideram fortemente desvantajoso. Esta visão mais negativa das práticas de RRMD apresentadas poderá ser explicada pela existência de crenças autopunitivas por parte dos utentes, isto é, uma vez que se culpabilizam pelo seu próprio consumo e revelam uma forte desconfiança perante os seus pares, não compreendem o significado de certas estratégias de RR, rejeitando-as.

É possível enumerar-se alguns contributos da investigação desenvolvida para a intervenção no terreno. Com este estudo foi possível aceder a uma série de perspetivas acerca da conceção da RR, dos projetos e das diferentes práticas de RR por parte dos intervenientes no processo, que poderão concorrer para melhorar as respostas desenvolvidas no futuro. A par disso, chama à atenção para a capacidade de reflexão e de pensamento crítico dos utentes sobre tudo o que os rodeiam. Em terceiro lugar, esta poderá trazer novos contributos para a ciência, uma vez que não existe, até agora, informação na literatura relativa às percepções de técnicos e utentes de projetos de RR sobre a mesma e respetivas práticas utilizadas, pelo que este estudo poderá preencher essa lacuna, incentivando ao desenvolvimento de novas investigações nesta matéria. Também será importante realçar que foi possível, com esta investigação, observar a operacionalização que é feita na prática dos conceitos teóricos e princípios filosóficos subjacentes à RR por parte dos diferentes intervenientes deste processo. Por fim, a utilização de outros materiais além das entrevistas, revelou-se como uma ferramenta importante para combater a influência potencial da desejabilidade social no discurso dos participantes, promovendo assim um maior esclarecimento relativamente às questões que se pretendia investigar.

Não obstante representar um contributo para a investigação nesta área, é importante referir que este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto de a seleção dos utilizadores de drogas ter sido efetuada pela coordenação dos projetos, pode ter influenciado a resposta dos utentes em algumas questões consideradas centrais deste estudo, como a identificação da equipa técnica e o conhecimento relativo aos serviços existentes na mesma. Também a própria dimensão do universo de amostragem, aliado ao facto de se terem inquirido somente projetos localizados a Norte de Portugal, poderá ter diminuído as potencialidades desta investigação, uma vez que não é possível daqui extrapolar conclusões para o resto da população em estudo. Em terceiro lugar, o grau de complexidade de algumas das questões colocadas e a excessiva duração de certas entrevistas, poderão ter prejudicado o desempenho dos entrevistados. Por fim, a ausência de literatura que relacione as perceções dos dois grupos de participantes relativamente à RR e às diferentes práticas a ela associadas, não possibilitou contrapor os resultados.

Como sugestões para possíveis investigações, destaca-se a alteração do método de seleção dos participantes, privilegiando a sua escolha aleatória de forma a eliminar possíveis influências e conseguir uma perceção da realidade existente isenta de filtros. Também seria importante replicar este estudo com mais projetos de RR, por exemplo comparando com equipas localizadas no centro ou sul de Portugal, ou desenvolver uma investigação a nível nacional que permitisse averiguar a que conclusões se chegam em relação a esta temática. Neste seguimento, seria igualmente interessante conhecer as perceções de profissionais que trabalham em outros eixos de intervenção (prevenção, tratamento, dissuasão e reinserção) acerca da RR e suas práticas associadas, assim como realizar a comparação, dentro do mesmo projeto, da perceção de diferentes profissionais relativamente às mesmas. Por fim, realizar uma investigação em que o foco se centraria na conceção da RR para os utilizadores de drogas, comparando indivíduos integrados num projeto de RR com antigos utilizadores do mesmo mas que já não o frequentem, e a partir daí tirar ilações sobre se esta se vai modificando ao longo do tempo consoante o nível de estruturação da sua vida.

Terminando este longo caminho, espera-se ter respondido a todas as questões e que tenham surgido muitas outras, o que corrobora que ainda há muito para se conhecer acerca desta área, no geral, e em relação às perceções dos diferentes intervenientes, em particular. Na verdade, um trabalho científico nunca está terminado, havendo sempre espaço para novos questionamentos e contribuições.

## Referências Bibliográficas

- Agência Piaget para o Desenvolvimento [APDES]. Disponível em <http://www.apdes.pt>, consultado em 14.03.2015.
- Agência Piaget para o Desenvolvimento [APDES] (2013). *Professional Profile of the Outreach Worker in Harm Reduction*. Portugal: Marques, J., Queiroz, J., Santos, A., Maia, S.
- Agra, C. (1998). *Entre droga e crime*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Agra, C., & Fernandes, L. (1993). Droga enigma, droga novo paradigma. *Dizer a droga, ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo*, 55-86.
- Andrade, P. V., Carapinha, L., Sampaio, M., Shirley, S., Rodrigues, I., & Silva, M. (2007). Para além do espelho – a intervenção de proximidade nas toxicodependências. *Revista Toxicodependências*, 13 (2), 9-21.
- Araújo, J. F. (2012). Os conceitos como blocos integrantes das teorias e elementos básicos do método científico. In H. C. Silvestre & J. F. Araújo (coords.). *Metodologia para a Investigação Social* (63-78). Lisboa: Escolar editora.
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências*, 15 (1), 33-42.
- Barbosa, J. (2011). Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos. *Revista Toxicodependências*, 17 (1), 71-84.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Carapinha, L. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos, Março de 2009* [versão eletrónica], disponível em

<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMDMais/SitePages/intervencao.aspx>,  
consultado em 31.03.2015.

Carvalho, M. M. L. (2010). *O Enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos: a percepção do toxicodependente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. (2010). *Consultório de rua do SUS*. Retirado de: [www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/documentos/consultorio\\_rua\\_SUS.pt](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/documentos/consultorio_rua_SUS.pt)

Costa, D. (2012). A recolha de dados: técnicas utilizadas. In H.C. Silvestre & J.F. Araújo, (coords.). *Metodologia para a Investigação Social* (141-170). Lisboa: Escolar editora.

Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar – como a redução de riscos se fez incontornável. *Revista Toxicodependências*, 11 (2), 65-72

Cruz, O. & Machado, C. (2010). Consumo não problemático de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 39-47.

Cruz, O. & Machado, C. (2013). Intervenção no Fenómeno das Drogas: Algumas reflexões e contributos para a definição de boas práticas. *Psicologia*, 27 (1), 13-31.

Decreto-Lei n.º 30/2000. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. *Diário da República – I Série A – N.º 276 – de 29 de novembro de 2000*, 6829 a 6832.

Decreto-Lei n.º 183/2001. Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos. *Diário da República – I Série A – N.º 142 – de 21 de junho de 2001*, 3594 a 3601.

Drucker, E. (2013). Advocacy research in harm reduction drug policies. *Journal of Social Issues*, 69 (4), 684-693.

Einstein, S. (2007). Harm and risk reduction: History, theories, issues, and implications. *Substance use & misuse*, 42 (2-3), 257-265.

- Escohotado, A. (1999). A brief history of Drugs – From the Stone Age to the Stoned Age. *Innes Traditions*.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Revista Toxicodependências*, 15 (1), 3-18.
- Fernandes, L., Pinto, M., & Oliveira, M. (2006). Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. *Revista Toxicodependências*, 12 (2), 71-82.
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida *junkie* e controlo social. *Sociologia, problemas e práticas*, (39), 57-68.
- Global Commission on Drug Policy. (2014). *Sob controle: Caminhos para políticas de drogas que funcionam*. Retirado de [www.gcdpsummary2014.com](http://www.gcdpsummary2014.com)
- Gordinho, B. (2009). Caminhando no deserto: transversalidade de trajetórias de consumo numa intervenção inacabada. *Revista Toxicodependências*, 15 (1), 53-66.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B., & Stimson, G. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. *London: Forward Thinking on Drugs*.
- Inglez-Dias, A., Ribeiro, J. M., Bastos, F. I., & Page, K. (2014). Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (1), 147-157.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Caracterização dos projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos apoiados pelo IDT, IP*.
- International Harm Reduction Association (2010). O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). Retirado de [https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf)
- International Harm Reduction Association. (2014). The Global State of Harm Reduction 2014. Retirado de <https://www.hri.global/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>



- Jardim, A. C. & Pereira, V. S. (2009). Metodologia qualitativa: é possível adequar as técnicas de coleta de dados aos contextos vividos em campo?. *Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural*, 47, 1-12.
- Jorge, J. & Corradi-Webster, C. (2012). Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde e Transformação Social*, 3 (1), 39-48.
- Koller, S. H. (2004). Psicólogos de Rua. *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil*. Casa do Psicólogo. 23-46.
- Lee, H. S., Engstrom, M., & Petersen, S. R. (2011). Harm reduction and 12 steps: complementary, oppositional, or something in-between?. *Substance use & misuse*, 46 (9), 1151-1161.
- Maia Costa, E. (2001). Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 53-58.
- Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marques, A. P. & Fugas, C. (1996). Da rua dificilmente se sai sozinho!. *Revista Toxicodependências*, 2 (3), 3-12.
- Martins, A. G. L. (1998). Os sistemas penais, o tráfico e o consumo de drogas. *Revista Toxicodependências*, 4 (1), 65-82.
- Mata, S., Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7 (1S), 1-25.
- Newcombe, R. (1992). Chapter 1: The reduction of drug related harm – a conceptual framework for theory, practice and research. *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.
- O'Hare, P. (1992). Preface: A note on the concept of harm reduction. *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.
- O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18 (2), 141-144.

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2011). *Relatório anual 2011: a evolução do fenómeno droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2013). *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Oliveira, B. (2014). *A psicologia na redução de riscos associada ao uso de drogas: percepções de utentes e de psicólogos*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Oliveira, M. (2009). *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Pós-graduação, Instituto de saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia, Brasil.
- Pates, R., & Riley, D. (Eds.). (2012). *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour*. John Wiley & Sons.
- Pimenta, A., & Rodrigues, M. (2006). Redução de danos: prostituição e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 49-54.
- Pinto, M., & Peixoto, S. (2003). Trabalhos de rua com consumidores de drogas – obstáculos sentidos no norte de Portugal. *Revista Toxicodependências*, 9 (2), 51-60.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99. Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. Diário da República – I Série B – N.º 122 – de 26 de maio de 1999, 2972 a 3029.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.
- Riley, D., & O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. *Harm reduction: National and international perspectives*, 1000, 1-26.

- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25 (6), 611-624.
- Rodrigues, T. (2003). Política de drogas e a lógica dos danos. *Verve*, 3, 257-277.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Disponível em <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>, consultado em 14.03.2015.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*.
- Silva, M. F. (2011). *Consumo de drogas: o impacto da informação e do modelo de regulamentação nos comportamentos*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Instituto de Ciências Sociais.
- Stimson, G. V., & O'Hare, P. (2010). Harm reduction: Moving through the third decade. *International Journal of Drug Policy*, 21 (2), 91-93.
- Ti, L., & Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal*, 11 (7).
- Usó, J. C. (2002). Superar la prevención. Algunas consideraciones sobre el abordaje tradicional de los riesgos y daños asociados al uso de drogas. *Revista Toxicodependências*, 9 (3), 47-59.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In Silva, A.; Pinto, J. (coords). *Metodologia das Ciências Sociais* (101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- WHO (2008). *Managements of Common Health Problems of Drugs Users*. India: WHO.

## **Anexos**

## **Anexo 1: Guião de Entrevista aos Utentes**

Esta entrevista insere-se no âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. É anónima e confidencial, não havendo respostas certas ou erradas. Peço-lhe que responda o mais sinceramente possível ao que lhe vou perguntar e que, se não compreender as minhas questões ou se necessitar de algum esclarecimento, me interrompa e o solicite. Obrigada pela sua colaboração!

### **Parte I: Dados Sociodemográficos**

- 1.1. Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_
- 1.2. Idade: \_\_\_\_\_
- 1.3. Estado Civil: \_\_\_\_\_
- 1.4. Tem filhos? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
- 1.4.a - Se sim, quantos filhos tem? \_\_\_\_\_
- 1.5. Vive só? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
- 1.5.a – Se não, com quem vive? \_\_\_\_\_
- 1.6. Escolaridade: \_\_\_\_\_
- 1.7. Situação Laboral: \_\_\_\_\_

### **Parte II: História de Consumos**

- 2.1. Com que idade se iniciou no consumo de drogas?
- \_\_\_\_\_
- 2.2. Quais os motivos que o levaram a consumir droga pela primeira vez?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 2.3. Indique a(s) droga(s) que já consumiu ao longo da sua vida:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 2.4. Indique a(s) droga(s) que consome atualmente:
- \_\_\_\_\_
- 2.5. Indique a(s) via(s) de administração usada(s):
- \_\_\_\_\_

2.6. O que é para si a droga e que efeito tem em si?

---

---

---

---

### **Parte III: A Redução de Riscos e Minimização de Danos**

3.1. Quais os serviços que existem em Portugal para as pessoas que consomem drogas?

---

---

---

---

3.2. Há quanto tempo conhece o trabalho das equipas de rua?

---

3.3. Já tinha contactado com outra equipa de rua anteriormente?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

3.3.a – Se sim, contactou com essa equipa durante quanto tempo?

---

3.3.c – Estava satisfeito ou houve algum problema?

---

---

---

---

3.4. Há quanto tempo contacta com esta equipa de rua?

---

---

3.5. Nota em si ou no seu comportamento alguma diferença desde que é utente desta equipa de rua? Se sim, qual?

---

---

---

---

3.6. Sabe-me dizer quem é o(a) psicólogo/enfermeiro/assistente social do projeto?

---

3.7. Já necessitou dos serviços por parte de algum dos técnicos?

---

---

---

3.8. Está satisfeito com o trabalho realizado na equipa?

---

---

3.9. Já teve problemas com algum dos técnicos? Se sim, a situação ficou resolvida?

---

---

---

---

3.10. A equipa de que é utente faz um trabalho de redução de riscos e minimização de danos associado ao consumo de drogas. Já ouviu esta expressão? Se sim, o que significa? Imagine que tinha de explicar a um colega/amigo/familiar o trabalho aqui desempenhado, o que dizia?

---

---

---

---

---

3.11. Há alguma regra que sinta que tenha de respeitar para poder continuar a fazer parte do projeto e a usufruir dele? Se sim, quais?

---

---

---

---

3.12. Já assistiu a alguma situação que considere que não se adequa às “regras” da redução de riscos? Se sim, qual/quais?

---

---

---

---

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

## **Anexo 2: Guião de Entrevista a Técnicos**

Esta entrevista insere-se no âmbito de uma tese de mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. É anónima e confidencial, não havendo respostas certas ou erradas. Peço-lhe que responda o mais sinceramente possível ao que lhe vou perguntar e que, se não compreender as minhas questões ou se necessitar de algum esclarecimento, me interrompa e o solicite. Obrigada pela sua colaboração!

### **Parte I: Dados Sociodemográficos**

1.6. Sexo: Masculino \_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_

1.7. Idade: \_\_\_\_\_

1.8. Estado Civil: \_\_\_\_\_

1.4. Escolaridade: \_\_\_\_\_

1.5. Profissão: \_\_\_\_\_

1.6. Situação Laboral: \_\_\_\_\_

### **Parte II: A Redução de Riscos e Minimização de Danos**

2.1. Quais as suas funções na equipa de rua que atualmente integra?

---

---

2.2. Há quanto tempo trabalha numa equipa de rua? E nesta especificamente?

---

---

2.3. A sua integração numa equipa de rua cuja ideologia predominante é a redução de riscos e a minimização de danos foi uma escolha pessoal ou uma necessidade laboral?

---

---

---

2.4. Tem experiência clínica prévia? Se sim, quais os motivos que o/a fizeram mudar e quanto tempo esteve lá?

---

---

---



2.5. Qual o seu grau de satisfação com o trabalho e as funções desempenhadas atualmente na equipa de rua que integra?

---

---

2.6. Quais as formas de reduzir riscos e minimizar danos relacionados com o consumo de drogas?

---

---

---

---

2.7. Uma das formas de reduzir riscos e minimizar danos associados ao consumo de substâncias psicoativas é a transmissão de informação pertinente aos utentes. De que forma considera que a informação que é transmitida aos utentes do projeto é assimilada por estes no sentido de reduzir os riscos para a sua saúde associados ao consumo de drogas?

---

---

---

---

---

---

2.8. De que forma explicaria a um utente recém-chegado o que é a redução de riscos e a minimização de danos associados ao consumo de substâncias psicoativas?

---

---

---

---

2.9. Qual considera ser o grau de conhecimento dos utentes do projeto acerca do que é a redução de riscos, quais os seus princípios e as suas práticas associadas?

---

---

---

2.10. Qual a sua opinião relativamente à utilização de máscara em locais onde existe um número elevado de indivíduos infetados com patologias altamente transmissíveis pelas vias respiratórias como a tuberculose? No seu caso particular, costuma proteger-se através da sua utilização? Quais os benefícios/consequências de (não) o fazer?

---

---

---

---

---

---

---

2.11. Qual a sua opinião sobre a possibilidade de existir no local um consumidor responsável por fazer a troca de seringas aos restantes consumidores e por, ao outro dia, devolver as seringas usadas aos técnicos para estes fazerem a sua recolha e as substituírem por novas? Esta prática é utilizada na equipa que integra? Quais as vantagens e desvantagens desse procedimento?

---

---

---

---

---

---

---

2.12. Algumas equipas têm procedimentos estabelecidos para quando os utentes solicitam que lhes seja disponibilizado um *kit* sem que entreguem as seringas para troca. Esta situação é usual na equipa que integra? No caso de um utente com consumos por via endovenosa lhe pedir um *kit* sem que tenha as seringas para trocar, qual o procedimento para com esse utente que costuma adotar?

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

### **Anexo 3: Dilemas Éticos apresentados aos Técnicos**

As duas situações que se seguem são baseadas em casos reais, mas foram realizadas algumas alterações de modo a que nenhum dos intervenientes possa ser identificado. Depois de ler e analisar cada uma delas, diga-nos por favor como se posicionaria face às mesmas, comentando-as. Enquanto técnico/a de uma equipa que trabalha no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, imagine que no decorrer da sua atividade era confrontado/a com as seguintes situações. Como procederia em cada uma, caso as mesmas acontecessem consigo? Seja o/a mais específico/a e sincero/a possível na sua resposta. Caso necessite de algum esclarecimento, por favor informe-me. Obrigada pela sua colaboração!

#### Situação A

Enquanto exerce a sua atividade profissional num dos locais habituais de giro de rua, uma das utentes que diariamente se dirige à carrinha surge acompanhada da filha de 5 anos. Imediatamente se apercebe que a criança está visivelmente doente e que necessita de cuidados médicos o mais brevemente possível. Quando conversa com a utente no sentido de a alertar para o estado de saúde da menina e para a necessidade de se deslocarem a um posto médico rapidamente, a mesma responde-lhe que não o poderá fazer uma vez que precisa da menina para, na atividade mendicante que tem, conseguir rapidamente o montante necessário para fazer face aos sintomas de privação que diz sentir. Mais uma vez insiste para a necessidade que a menina tem de receber cuidados médicos rapidamente, mas a utente está irredutível. Perante esta situação, um técnico recém-chegado à sua equipa sugere-lhe darem o dinheiro que falta à utente para que ela possa comprar a sua dose e assim levarem rapidamente a menina ao médico. Está então perante um dilema: deve concordar com o outro técnico e dar o dinheiro que a utente necessita para que a criança possa receber os tratamentos médicos rapidamente? Ou deve esperar até que a utente consiga obter o dinheiro que necessita através do recurso à mendicidade acompanhada da criança, o que só ocorrerá no final do dia, e então levar a menina ao médico? Será que existe ainda uma terceira alternativa possível nesta situação?

## Situação B

Enquanto exerce a sua atividade profissional num dos locais habituais de giro de rua, aparece-lhe junto da carrinha um jovem, com cerca de 16 anos, dizendo-lhe que alguns dos outros consumidores do bairro o informaram que os técnicos da sua equipa realizam as trocas de seringas e os ensinam a consumir em maior segurança, nomeadamente através do ensino de práticas de injeção mais seguras. Assim, o rapaz apresenta-se como consumidor habitual de haxixe e heroína, tendo como via de consumo preferencial a fumada, nunca tendo utilizado a via endovenosa. No entanto, esse é o motivo que o levou à carrinha. O rapaz pretende experimentar a via endovenosa, pois ouviu dizer que o efeito é completamente diferente de quando ela é fumada, mais forte e mais rápido, solicitando-lhe assim que o ensine como poderá praticar uma injeção mais segura, particularmente mostrando-lhe os locais onde esta será menos danosa e o procedimento que deverá colocar em prática de modo a fazê-lo com o menor risco possível. Todos os seus esforços vão no sentido de o dissuadir de tal comportamento, explicando-lhe que essa é uma via de consumo mais danosa para si, que acarreta mais riscos para a sua saúde e alerta-o para os perigos que uma injeção mal feita poderá ter, aumentando também o risco de uma *overdose* accidental. No entanto, o jovem mostra-se intransigente, recusando todas as suas tentativas de o fazer desistir dessa ideia. Diz-lhe que vai injetar-se naquela tarde e que pode fazê-lo com a sua ajuda ou com a de outros utentes. Parece que nada o impedirá de se iniciar nessa via de consumo. Enquanto técnico, sabe os riscos que este comportamento acarreta e tem perante si um menor de idade. Por outro lado, a intransigência do rapaz mostrou-lhe que ele está determinado a fazê-lo e, se recorrer a outros consumidores, correrá um risco maior, por exemplo partilhando o material de injeção, utilizando materiais não esterilizados, recebendo informações erradas, etc. O que fazer então perante esta situação? Deve ou não aceder ao pedido desse jovem, mostrando-lhe como este deverá utilizar a via de consumo endovenosa com o menor risco possível?

#### **Anexo 4: Situações-problema apresentadas aos Técnicos**

Considere as seguintes situações-problema<sup>[15]</sup>. Para cada situação estão disponíveis dois cenários diferentes. Depois de ler e analisar cada um dos cenários, diga-nos por favor como se posicionaria face aos mesmos, comentando cada uma das situações e respetivos cenários. Enquanto técnico/a de uma equipa que trabalha no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, consideraria estes cenários um sucesso? Qual consideraria mais vantajoso e por que motivos? Seja o/a mais específico/a possível.

##### Situação 1

Considere uma campanha publicitária destinada a reduzir os riscos associados ao consumo de *crack* por indivíduos entre os 20 e os 25 anos. Durante um período de 6 meses, o grupo-alvo é informado através da televisão, revistas e panfletos que o consumo de *crack* pode causar a morte ou sérios problemas de saúde, mas que estes riscos podem ser reduzidos através de determinados procedimentos (por exemplo, a não partilha dos “canecos” e/ou dos tubos de inalação). Antes da campanha, uma amostra representativa de 1000 indivíduos é inquirida e os resultados mostram que 10% experimentaram *crack* no último ano. As estatísticas oficiais revelam que 100 morreram devido à utilização de *crack* no último ano e que cerca de 500 sofreram sérios problemas de saúde relacionados com a sua utilização.

Cenário a) 20% dos indivíduos inquiridos após a campanha publicitária declarou ter experimentado *crack* no último ano. No entanto, o número de mortes anuais decresceu para as 50 e o número de problemas de saúde relacionados com o uso de *crack* baixou para os 250.

Cenário b) 60% dos indivíduos inquiridos após a campanha publicitária declarou ter experimentado *crack* no último ano. O número de mortes anuais e de problemas de saúde relacionados com o uso de *crack* foi reduzido a metade (50 e 250, respetivamente).

---

<sup>[15]</sup> As situações-problema aqui utilizadas foram traduzidas e adaptadas de Newcombe, R. (1992). Chapter 1: The reduction of drug related harm – a conceptual framework for theory, practice and research. *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.

## Situação 2

Considere a introdução de um programa de troca de seringas com utilizadores de drogas injetáveis numa zona periférica da cidade, cujo principal objetivo é reduzir a propagação do VIH entre os consumidores de drogas injetáveis. Um inquérito anual realizado antes da intervenção revelou três taxas razoavelmente estáveis: cerca de 5% dos indivíduos da comunidade injeta drogas (o que perfaz cerca de 1000 indivíduos), 60% dos utilizadores de drogas injetáveis partilham o equipamento de injeção (600 indivíduos) e a taxa de incidência do VIH entre os consumidores é de 10% (o que equivale a 100 indivíduos).

Cenário a) Um ano após a implementação do programa de troca de seringas, a prevalência de indivíduos da comunidade que injetam drogas duplicou (10%), traduzindo-se agora em cerca de 2000 consumidores de drogas injetáveis. A partilha do equipamento de injeção por parte dos consumidores de drogas injetáveis desceu para os 20% (400 indivíduos), e a taxa de incidência do VIH entre os consumidores baixou para os 2% (40 indivíduos).

Cenário b) Um ano após a implementação do programa de troca de seringas, a prevalência de indivíduos da comunidade que injetam drogas quadruplicou, traduzindo-se agora em cerca de 4000 consumidores de drogas injetáveis (20%). A partilha do equipamento de injeção por parte dos consumidores de drogas injetáveis desceu para os 1% (40 indivíduos), e a taxa de incidência do VIH entre os consumidores é nula.

## **Anexo 5: Técnicas de RRMD apresentadas aos Utentes**

As situações que se seguem são práticas usuais no âmbito da redução de riscos e da minimização de danos. Para cada situação, está disponível uma resposta fictícia de um técnico, isto é, uma resposta que foi imaginada e criada especificamente para este efeito. Deste modo, gostaria que lesse cada situação e a respetiva resposta à mesma e que em seguida a comentasse, tendo em conta os princípios da redução de riscos e da minimização de danos que aprendeu, dizendo-me se concorda com a resposta dada, se considera que esta podia ter sido dada por um dos técnicos da equipa de rua do projeto que integra e como considera ser uma resposta aceitável para si para cada situação. Relembro-lhe que nenhuma das respostas aqui apresentadas é real. Peço-lhe que seja o/a mais específico/a e sincero/a possível no seu comentário. Caso necessite de algum esclarecimento, por favor informe-me. Obrigada pela sua colaboração!

### Situação 1

Qual a sua opinião sobre a possibilidade de existir no local um utente responsável por fazer a troca de seringas aos restantes consumidores, uma vez que este está em permanência no local, ao contrário dos técnicos, e por ao outro dia devolver as seringas usadas aos técnicos para estes fazerem a sua recolha e as substituírem por novas?

RF: Eu não concordo. Além de não ser justo para o utente, pois parece que está a substituir os técnicos nessa função, é até de certa forma perigoso. Imagine que realmente se fazia isso. O utente que fica responsável pelas trocas pode utilizar um método de recolha e armazenamento que não seja seguro e corre até o risco de se picar no processo. E se o outro utente for portador de VIH ou hepatite? Corremos então o risco de ter mais uma pessoa infetada. O utente pode até enganar-se e dar seringas usadas aos outros consumidores em vez de dar as novas. Ou então se não for de confiança em vez de fazer a troca de seringas aos outros utentes, usa as seringas para as vender, porque isto também é um negócio e há possibilidade de isso acontecer. Por isso, eu não concordo. Acho muito mais seguro que seja cada utente a vir à carrinha e realizar as suas próprias trocas. Se não puder vir num dia vem no dia a seguir, o importante é que o faça e seja o próprio a fazê-lo.

## Situação 2

Algumas equipas têm limites estabelecidos para a quantidade máxima de seringas que podem trocar a cada utente. No caso de um utente da sua equipa lhe solicitar que lhe sejam trocadas mais seringas do que o limite máximo estabelecido, qual o seu procedimento para com esse utente? Troca as seringas todas ou não?

RF: É complicado responder a isso, porque tudo depende da quantidade que temos diariamente, do número de seringas que foram trocadas a cada dia. Há um limite, de 20 *kits* por utente, o que equivale a 40 seringas. Claro que se aparecer alguém com 42 ou 43, não vou recusar dar mais um ou dois *kits*, mas mais que isso recuso. Existem regras e limites máximos, é por algum motivo, e como tal deve-se respeitar e cumprir essas regras. Se formos a trocar a quantidade que cada um quer, corre-se sempre o risco de depois chegar a uma altura e não temos mais seringas para trocar aos outros utentes. Também não é justo uns conseguirem trocar às dezenas e outros não conseguirem sequer uma dúzia de *kits*. Por isso aqui chega-se a um limite que não dá para trocar mais. Assim sabemos que há *kits* para todos, cada utente se tiver mais para trocar pode sempre voltar no dia seguinte com o resto, desde que não atinja o limite máximo que estabelecemos.

## Situação 3

Uma das recomendações que é feita aos técnicos das equipas de rua é a utilização de máscara de proteção em locais onde existe um número elevado de indivíduos infetados com patologias altamente transmissíveis pelas vias respiratórias como a tuberculose. Qual a sua opinião relativamente a esta recomendação? Deve o técnico proteger-se, utilizando a máscara, ou não deve utilizar a máscara?

RF: Eu sei que há técnicos que consideram que o facto de se usar máscara pode originar nos utentes um sentimento de superioridade por parte do técnico em relação a eles, e por isso recusam a utilização de máscara sob quaisquer circunstâncias, mas eu não acho que essa visão esteja correta. Para quê correr riscos desnecessários? A proteção não é só para os técnicos, das patologias que os utentes possam ter e que nos transmitam, mas é também um modo de proteger os próprios utentes, porque estes estão mais vulneráveis e propensos a serem contagiados por nós quando vamos para o terreno com uma gripe ou uma constipação por exemplo. A proteção é para ambos e como tal é uma responsabilidade do próprio técnico garantir que a sua presença não causa mais prejuízo que benefício, daí que eu seja defensor da utilização da máscara sempre que for considerado benéfico para ambos.



## **Anexo 6: Consentimento Informado para Participação em Investigação**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

No âmbito de uma investigação para a realização da Dissertação de Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça com o tema “*Entre o Saber e o Fazer: Dilemas de uma intervenção de rua*”, orientada pela Professora Doutora Marta Pinto, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, pede-se a sua colaboração nesta investigação.

Garantimos que os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, utilizados apenas para efeitos desta investigação.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a. Mais, autorizo a gravação em suporte áudio dos dados para futuro tratamento pelo/a investigador/a abaixo indicado/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

A investigadora,

---

(Cristina Alexandra Barros Casimiro)

## Anexo 7: Dados Sociodemográficos dos Utentes

Pessoa	Idade	Estado Civil	Habilitações literárias	Situação Laboral	Anos de contacto ER geral	Anos de contacto ER atual	Contacto prévio outra ER	Coabitação	Idade de início de consumo	Nº de filhos
<b>Utente 1</b>	47 anos	Divorciado/a	12º ano	Desempregado/a	9 anos	9 anos	Não	Sozinho/a	18 anos	Sem Filhos
<b>Utente 2</b>	46 anos	Divorciado/a	9º ano	Desempregado/a	8 anos	4 anos	Sim	Sozinho/a	20 anos	2 Filhos/as
<b>Utente 3</b>	40 anos	Divorciado/a	6º ano	Desempregado/a	20 anos	20 anos	Sim	Sozinho/a	18 anos	2 Filhos/as
<b>Utente 4</b>	38 anos	Divorciado/a	6º ano	Desempregado/a	8 anos	1 ano	Sim	Acompanhado/a	13 anos	1 Filho/a
<b>Utente 5</b>	37 anos	Solteiro/a	6º ano	Reformado/a	8 anos	8 anos	Não	Sozinho/a	16 anos	Sem Filhos
<b>Utente 6</b>	60 anos	Solteiro/a	4º ano	Desempregado/a	8 anos	1 ano	Não	Sozinho/a	12 anos	Sem Filhos
<b>Utente 7</b>	50 anos	Solteiro/a	4º ano	Desempregado/a	8 anos	8 anos	Não	Sozinho/a	20 anos	Sem Filhos

## Anexo 8: Dados Sociodemográficos dos Técnicos

<b>Pessoa</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Habilitações literárias</b>	<b>Profissão</b>	<b>Situação Laboral</b>	<b>Anos de experiência profissional</b>	<b>Anos de serviço ER atual</b>	<b>Experiência prévia com outra ER</b>
<b>Técnico 1</b>	Feminino	37 anos	Casado/a	Licenciatura	Psicóloga	Empregado/a	9 anos	9 anos	Não
<b>Técnico 2</b>	Feminino	42 anos	Casado/a	12º ano	Animadora Sociocultural	Empregado/a	12 anos	12 anos	Não
<b>Técnico 3</b>	Feminino	33 anos	Casado/a	Licenciatura	Educadora Social	Empregado/a	12 anos	12 anos	Não
<b>Técnico 4</b>	Feminino	28 anos	Casado/a	Licenciatura	Educadora Social	Empregado/a	7 anos	7 anos	Não
<b>Técnico 5</b>	Feminino	32 anos	Casado/a	Licenciatura	Assistente Social	Empregado/a	8 anos	3 anos	Sim
<b>Técnico 6</b>	Feminino	38 anos	Solteiro/a	Licenciatura	Assistente Social	Empregado/a	3 anos	3 anos	Não
<b>Técnico 7</b>	Feminino	35 anos	Casado/a	Licenciatura	Assistente Social	Empregado/a	8 anos	8 anos	Sim

# **Anexo 9: Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Utentes**

Experiência de contacto com os serviços existentes para PUD	Equipas de Rua	Atual	Existência de problemas com a equipa técnica
			Conhecimento acerca das regras de integração no projeto
			Mudanças no comportamento percecionadas
			Reconhecimento dos diferentes técnicos da equipa
			Satisfação com os serviços prestados
			Serviços requeridos
			Situações de violação das regras do projeto
		Prévia	Existência de problemas com a equipa técnica
			Experiência prévia desfavorável
	Experiência prévia favorável		
Outros serviços existentes para PUD			
Trajetória de Consumo	Conceção sobre a droga		
	Efeitos da droga		
	Substâncias consumidas ao longo da vida		
	Substâncias consumidas atualmente		
	Vias de administração usadas ao longo da vida		

	Motivo para o primeiro consumo	Fragilidade emocional	
		Contexto social	
		Curiosidade	
<b>Práticas de RRMD</b>	Explicação da RRMD		
<b>Técnicas Fictícias de RRMD Discutidas</b>	Limites ao material disponibilizado	A favor da existência de limites	
		Desconforto com a questão	
	Utilização de máscara	A favor da utilização	
		Contra a utilização	
	Trocas de material pelos utentes	A favor da existência de utentes trocadores de material	
		Contra a existência de utentes como trocadores de material	
		Desconforto com a questão	

# **Anexo 10: Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Técnicos**

<b>Percurso profissional</b>	Passado	Funções		
		Motivação para a RR	Necessidade Laboral	
			Opção pessoal	
		Tarefas		
	Presente	Funções		
		Nível de satisfação	Baixa Satisfação	
			Elevada Satisfação	
		Tarefas		
<b>Situações Problema Discutidas</b>	Situação 1	Ênfase na diminuição das consequências negativas		
		Ênfase no aumento do consumo		
	Situação 2	Ênfase na diminuição das consequências negativas		
		Ênfase no aumento do consumo		
<b>Estratégias responsivas face aos dilemas éticos discutidos</b>	Dilema 1	Apoio monetário		
		Descrença na resolução do problema		
		Discussão em equipa		
		Encaminhamento para outras estruturas		
		Respeito pelo consumo		

	Dilema 2	Discussão em equipa		
		Disponibilização de informação e material		
		Encaminhamento para outras estruturas		
		Não disponibilização de material		
<b>Técnicas de RRMD Fictícias Discutidas</b>	Disponibilização de material sem troca	A favor da disponibilização		
		Contra a disponibilização		
	Trocas de material pelos utentes	A favor da existência de utentes trocadores de material		
		Contra a existência de utentes como trocadores de material		
	Utilização de máscara	A favor da utilização		
		Contra a utilização		
		Opção pela não utilização		
		Opção pela utilização		
<b>Práticas de RRMD</b>	Perceção dos técnicos sobre o processamento da informação transmitida aos utentes	Transformação da informação em mudança comportamental		
		Assimilação da informação transmitida		
		Perceção dos técnicos acerca da compreensão dos utentes a propósito da intervenção de RRMD	Compreensão	

			Razões para a não compreensão	Dificuldades de compreensão dos utentes
				Dificuldades de comunicação dos técnicos com os utentes
				Crenças autopunitivas dos utentes
	Explicação da RRMD			
	Modalidades de RRMD			